Revista Psiquiátrica Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Volumen 3 *Número 1-2*

Junio, 1960

Instrucciones a los Autores

La Revista recibirá artículos de autores nacionales o extranjeros. Los trabajos, que deben ser originales e inéditos, se enviarán al Director, publicándose previa aprobación de la Comisión Editorial, la que podrá introducir las modificaciones que sean necesarias para mantener uniformidad en el estilo. También se publicarán artículos especiales, revisiones de conjunto y casos clínicos. No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, aconsejándose a los autores retener una copia de su trabajo.

El autor debe escribir su nombre completo, con los títulos que posea, el cargo que desempeña, si lo tiene, y consignar el lugar donde ha realizado el trabajo. Al final del artículo anotará su dirección completa y la fecha de remisión. Cuando envíe una colaboración por primera vez, incluirá una breve nota biográfica, mencionando sus aportaciones a la literatura psiquiátrica.

El título del artículo debe ser lo más corto posible y los datos adicionales serán completados mediante un subtítulo. Los originales serán escritos a máquina, en doble o triple espacio, con márgenes anchos a ambos lados y sin enmiendas. El texto será de preferencia breve y se sujetará a las normas usuales para la redacción de artículos científicos, constando —cuando sea posible— de introducción, material y métodos, resultados, comentario o discusión, conclusiones, sumario y bibliografía. Las fotografías deben enviarse en papel lustroso, cuando menos de 9 × 12 cms., los dibujos o esquemas irán en tinta china, con caracteres tipográficos, a rasgos gruesos, en papel marquilla. Todas las ilustraciones serán adheridas por un extremo con goma o pasta a una hoja de papel, con la leyenda respectiva. Detrás de cada ilustración deberá anotarse, con lápiz negro, a trazos suaves, el nombre del autor y el título del trabajo.

La bibliografía se hará numerando correlativamente las citas, ajustándose al sistema utilizado por el Quarterly Cummulative Index Medicus (Amer. Med. Ass.). En caso de artículos será como sigue:

Kepecs, J. G.: Ambiguity and Repression. Arch. Neurol. & Psychiat. 80: 502-512, 1958.

Tratándose de libros, se citará así:

Reiss, M.: Psycho-Endocrinology, New York, Pub. Grune & Stratton, 1958.

Los autores que deseen separatas de sus trabajos las contratarán directamente al impresor.

SUBSCRIPCION Y CANJE

La Revista se publica trimestralmente. La subscripción anual vale seis dólares (U.S. $ 6.00). Los pedidos de subscripción o canje deberán ser dirigidos al Administrador. La Asociación acepta el canje de la Revista Psiquiátrica Peruana con publicaciones psiquiátricas, neuro-psiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas, antropológicas y sociológicas.

PROPAGANDA

Los anuncios de propaganda y su financiación están a cargo del Administrador de la Revista.



REVISTA PSIQUIATRICA PERUANA

ORGANO DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Director

RAÚL JERÍ VÁSQUEZ

Jirón Camaná 631, Dpto. 206, Lima

Redactores

FRANCISCO ALARCO, JOSÉ MAX ARNILLAS, BALTAZAR CARAVEDO, CARLOS CARBAJAL, CARLOS GARCÍA PACHECO, EMILIO MAJLUF, HUMBERTO ROTONDO, FEDERICO SAL Y ROSAS, CARLOS A. SEGUÍN, OSCAR VALDIVIA, MANUEL ALMEIDA, JAVIER MARIÁTEGUI, CARLOS BAMBARÉN VIGIL.

Administrador

CARLOS BAMBARÉN VIGIL

Apartado 1905, Miraflores, Lima

VOLUMEN 3 1960

LIMA-PERU

ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Fundada el 25 de Junio de 1954, reconocida oficialmente el 18 de Septiembre de 1956

JUNTA DIRECTIVA PARA 1960-1962

Presidente: Baltazar Caravedo Carranza
Ex-Presidente: Francisco Alarco Larrabure
Vice-Presidente: Arnaldo Cano Jáuregui
Secretario General: José Sánchez Garcia
Secretario de Actas: Renato Castro de la Mata
Tesorero: Elsa Felipa.

MIEMBROS HONORARIOS

Henry Ey, Julio Endara, Spurgeon English, Jules Masserman, John R. Rees, Ramón Sarró, René Spitz.

MIEMBROS ACTIVOS

Francisco Alarco, Pablo Anglas, Alejandro Arellano, José M. Arnillas, Arnaldo Cano, Baltazar Caravedo, Carlos Carbajal, Renato Castro, Alex Castoriano, Niza Chiock de Majluf, Horacio Estabridis, Carlos García Pacheco, Roberto Gamarra, Luis A. Guerra, Raúl Jerí, Fernando Loayza, Sebastián Lorente, Emilio Majluf, Leonor Revoredo, Humberto Rotondo, Federico Sal y Rosas, José Sánchez García, Carlos A. Seguín, Oscar Valdivia, Hermilio Valdizán, Sergio Zapata.

MIEMBROS ASOCIADOS

Manuel Almeida, José Alva, Carlos Bambarén Vigil, Ethel Bazán, Andrés Cáceres, Judith Calenzani, Carlos Crisanto, Manuel Escobar, Elsa Felipa, Carlos Gutiérrez, Enrique Ghersi, Luis Huapaya, Luis Irurita, Javier Mariátegui, Víctor H. Marticorena, Luis Navarro Vidal, Alberto Perales, Carlos Saavedra, Fernando Samanez, Luis Schwartz, María Antonieta Silva de Castro, Santiago Valdizán.

COMUNICACIONES

La correspondencia relacionada con la Asociación debe dirigirse al Presidente, Apartado Postal 522, Lima, Perú.

Los artículos originales, comunicaciones, noticias, crítica de libros y notas clínicas se dirigirán al Director de la Revista, Jirón Camaná 631, Dpto. 206, Lima, Perú.

Las solicitudes de subscripción, canje, adquisición de números anteriores y avisos de propaganda corren a cargo del Administrador, Apartado 1905, Miraflores, Lima.

ASPECTOS TRANSCULTURALES DE LAS PSICONEUROSIS *

Por E. D. Wittkower **

Los organizadores de este Congreso deben ser felicitados por haber organizado esta sesión especial, que apoya y pone en relieve un reciente cambio en el interés de algunos psiquiatras: el volver su atención, exclusiva, en el individuo enfermo, hacia campos más amplios. Esta sesión hace justicia a la creciente aproximación entre la psiquiatría y las ciencias sociales. En sus aspectos transculturales, refleja la consciencia de una interdependencia en las gentes de áreas geográficas grandemente separadas en un mundo que se hace cada vez más pequeño mediante los avances de la tecnología.

Nuestra contribución a la materia en discusión es en el campo de la psiquiatría transcultural. Tratará de las diferencias, en frecuencia y tipo, de las neurosis en diferentes culturas.

Durante los últimos años, el Dr. J. Fried, Profesor de Antropología de nuestra Universidad, y yo, hemos podido establecer una red de comunicación formada por psiquiatras y científicos sociales en casi 40 países de diferentes partes del mundo. El material que voy a presentar está basado en informaciones que nos han llegado de esta manera; ha sido aumentado con datos sacados de la literatura pertinente.

EVALUACION CRITICA DE LA VALIDEZ DEL MATERIAL

Antes de informar acerca de las observaciones de nuestros corresponsales, parece indicado el relevar, brevemente, las numerosas dificultades que acosan al estudiante y al investigador en el campo de la psiquiatría transcultural.

Algunas de estas dificultades son:

1) *Variabilidad en los conceptos de salud y enfermedad mental.*

Si bien es difícil llegar a un acuerdo acerca de lo que es "normal", "todavía normal" y "ya anormal" en nuestra propia cultura, estas dificultades se multiplican si los patrones de normalidad y anormalidad establecidos en

---

* Trabajo presentado al II Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, La Habana, Enero de 1960.

** Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad de McGill, Canadá.

nuestra cultura tienen que ser comparados con aquellos de una cultura totalmente diferente. Los prejuicios etnocentristas —lo que MARGARET MEAD ha llamado "imperialismo psiquiátrico" (1)— han llevado a los observadores psiquiátricos occidentales a creer que sus normas culturales son superiores a las de otras culturas y a aplicar, en gran escala, los epítetos de neuróticas, psicopáticas y sociopáticas a sociedades primitivas.

Por otra parte, se ha señalado que, tanto histórica como geográficamente, la detección de la enfermedad, el nombre de la enfermedad y la aceptación de la enfermedad están condicionados por los sistemas sociales y culturales de comportamiento médico prevalente. Esto es, el "estar enfermo" es un fenómeno cultural en sí mismo (2). Por ejemplo, los estados de trance de los shamanes, que serían considerados como patológicos por nosotros, son tenidos como normales en los países en que el shamanismo es practicado. Así mismo, la dismenorrea es una enfermedad solamente si el sistema social en el que la paciente vive considera que el tener dolor durante los períodos menstruales es una enfermedad. En este sentido, la enfermedad no solamente está relacionada con el malestar, disfunción y lesión estructural, sino que, para ser reconocida como tal, también depende de la aprobación social en una cultura de lo que podría ser considerado como anormal en otra.

2) *Variabilidad en el lugar en que las observaciones son hechas.*

En lo que se refiere a psiquiatría, los datos sobre la enfermedad mental en primitivos han sido obtenidos, predominantemente, de pacientes hospitalizados. Puesto que en culturas primitivas la mayoría de los pacientes que sufren una enfermedad mental no buscan ayuda médica, o son atendidos por practicantes nativos, las observaciones basadas en pacientes hospitalizados se refieren a una población grandemente seleccionada. El comparar observaciones hechas mediante estudios de campo (desgraciadamente muy pocos) con pacientes hospitalizados es claramente imposible.

3) *Variabilidad en los observadores, nomenclatura y método.*

Otras dificultades para establecer comparaciones válidas incluyen un
inadecuado entretenimiento psiquiátrico de los observadores antropológicos
y un inadecuado entrenamiento antropológico de los observadores psiquiá-
tricos; asimismo, diferencias en la calidad de entrenamiento y orientación de
los observadores psiquiátricos respecto a nomenclatura, selección de mues-
tras, intensidad de la investigación y método para el cómputo de los datos.

4) *Variabilidad en la cooperación y dificultades en la comunicación.*

De tanta importancia como lo anterior son los diferentes grados de coo-
peración de las poblaciones estudiadas. Esto es debido, en parte, a que equi-
vocan al médico blanco con el estereotipo de lo oficial; o porque temen la
hospitalización. Por estas razones, cuando los naturales son entrevistados,

pueden adoptar tácticas evasivas o inventar historias (3-4-5). Con no poca frecuencia la falta de introspección, la incapacidad para pensar en términos abstractos y las limitaciones de su vocabulario les impiden describir sentimientos y síntomas. Por otra parte, es difícil evitar distorsiones de significado en una entrevista con una persona analfabeta, o escasamente letrada, a través de un intérprete.

RESULTADOS

1) *Incidencia y prevalencia de las neurosis*. Por las razones dadas anteriormente es virtualmente imposible llevar a cabo, en forma estadísticamente valedera, una comparación transcultural de la incidencia o prevalencia de las psiconeurosis en diferentes culturas, especialmente entre sociedades avanzadas y primitivas. Tenemos que valernos de aproximaciones e impresiones.

Algunos escritores han manifestado que las psiconeurosis son muy raras en las sociedades primitivas; otros, que son muy comunes (6). Hasta dónde es posible saberlo, no hay sociedades, en parte alguna del mundo, completamente libres de neurosis. Hay una buena dosis de escepticismo respecto a la manifestación de ROHEIM de que "a pesar de sus demonios malignos y de su magia negra, el hombre primitivo es menos propenso que el civilizado a ser infeliz, vale decir, neurótico" (7). YAP escribe: "es fácil asumir que, porque una sociedad es primitiva, es necesariamente menos compleja". El mito del salvaje feliz ha sido invalidado hace mucho tiempo.

MALINOWSKI, en su estudio sobre los naturales de las islas Trobriand y Amphett, sugirió diferencias en la frecuencia de la psiconeurosis en las diferentes sociedades primitivas (9). Encontró que los isleños de Trobriand, poco restringidos en la expresión sexual, sufren menos de psiconeurosis que los habitantes de las islas Amphett.

Es necesario hacer notar que el llamado mundo de las sociedades primitivas es muy heterogéneo y que no debe ser entendido como una única categoría tipológica en simple contraste con culturas civilizadas, complejas. Por esta complejidad, la organización de la personalidad y las manifestaciones psiconeuróticas de las diferentes tribus de Africa, Asia y América no deben ser consideradas iguales, en forma apriorística.

En los últimos tiempos, mediante el empleo de pruebas psicológicas, se han hecho estudios comparativos respecto a la incidencia de neurotismo y angustia manifiesta en culturas contratantes. S. K. CHOU y C. Y. MI, usando el Inventario para neurosis de Thurstone (Thurstone's Neurotic Inventory), encontraron que los estudiantes chinos eran "más neuróticos" que los estudiantes norteamericanos (10). E. SHEN llegó a una conclusión similar usando el Inventario de Personalidad de Bernreuter (Bernreuter Personality Inventory) (11). El uso de la escala de ansiedad manifiesta de Taylor (Taylor's Manifest Anxiety Scale) mostró que las estudiantes japo-

nesas tienen registros de angustia significativamente mayores que los estudiantes norteamericanos en general, y que los estudiantes japoneses en particular (OHMURA y SAWA, 12). Estos estudios están, obviamente, sujetos a objeciones metodológicas.

La mayoría de los observadores concuerdan en que los estados de angustia, con probables variaciones en frecuencia de una cultura a otra, existen universalmente. También concuerdan en que las groseras manifestaciones de la histeria son más comunes en las sociedades menos desarrolladas que en las grandemente desarrolladas; y que, con la probable excepción de los tabús de tocamiento de los isleños de Dobuan, las neurosis obsesivo-compulsivas son raras en las sociedades primitivas. La supuesta rareza o ausencia de neurosis obsesiva en algunas culturas, por ejemplo en los negros africanos y en los chinos, ha sido atribuida a la poca inclinación de los obsesivo-compulsivos de todo el mundo a consultar a los psiquiatras; al efecto mitigador que, sobre el desarrollo de la moralidad esfinteriana, tiene un tolerante entrenamiento de los esfínteres; a la externalización de un super yo amenazante, bajo la forma de creencias populares y supersticiones, y a la absorción de las defensas obsesivas por rituales culturalmente aceptados. Las manifestaciones y observaciones respecto a la frecuencia de desórdenes psicosomáticos en diferentes culturas varían. Se dice que son extremadamente raros en algunas sociedades primitivas, como en los Bantú (LOUDON) y muy comunes en otras, como las poblaciones nativas del Africa Oriental (CAROTHERS, 16), Africa Occidental (AUBIN, 17), Haití (MARS, 18), indios peruanos (SEGUÍN, 19), y en la población árabe de Kuwait (PARHAD, 20).

2) *Tipos de neurosis*. Respecto a la naturaleza de la neurosis, hay buenas razones para creer que sus categorías principales, con la posible excepción de la neurosis obsesiva, existen en todas partes.

a) *Estados de angustia*. Estados de angustia, muy semejantes a aquellos diagnosticados como tales por los psiquiatras del mundo occidental, ocurren también en gran variedad de pueblos en todas partes del mundo. Se han observado con frecuencia variantes determinadas por patrones culturales y ambientales.

Entre otras tenemos el Koro, una perturbación encontrada en Malaya y la China Meridional (21). Los pacientes que sufren de esta perturbación son súbitamente atacados por la creencia de que su pene se está hundiendo dentro del abdomen. Para impedir tal calamidad que, según la creencia popular, llevaría a la muerte, se toman complicadas medidas de prevención, tales como guardar el pene dentro de una caja de madera o amarrarse un cordón rojo alrededor del pene. Según YAP, hay una gran riqueza folklórica en conexión con esta enfermedad pero es probable que lo que en realidad ocurra es una anestesia histérica del pene.

Otra perturbación es la "angustia del Kayak" de los esquimales (22). Los afligidos por ella desarrollan, en forma súbita, un temor mórbido, sobre-

cogedor y paralizante, de que su hayak comience a hacer agua, se voltee y hunda.

Se ha dicho (23) que los estados de angustia y otras perturbaciones psicológicas de los africanos occidentalizados y urbanizados no difieren fundamentalmente de aquellos sufridos por los europeos, pero que hay diferencias distintivas, culturalmente determinadas, en los desórdenes mentales de los africanos rurales, iletrados. Respecto a los estados de angustia, algunas de sus características son: 1) precipitados por no practicar ritos pertinentes; 2) atribuir el origen de la angustia al embrujamiento, que amenaza la vida personal o la capacidad generativa: 3) estados de pánico de gran intensidad [la "angustia frenética" de CAROTHERS (16), que se aproxima a las "alucinaciones terroríficas" de AUBIN (17)]; 4) explosiones de furia que pueden llegar a ser muy peligrosas, tanto para los pacientes como para otros; 5) manifestaciones paroxísticas, de corta duración, después de las cuales, o en sus intervalos, el sujeto está, relativa o aparentemente normal.

Algunas de estas características, tales como la forma episódica, el intenso compromiso afectivo y la exactuación (acting out) —lo que puede llevar a intentos homicidas o suicidas— tienen una marcada semejanza con fenómenos observados en otras culturas, tales como el amok de los malayos y los piblokto y quiviktok de los esquimales (22).

b) *Histeria*. Todos los escritores están de acuerdo en que las groseras manifestaciones histéricas, raras en las sociedades altamente industrializadas, son comunes en las sociedades subdesarrolladas (16, 24, 25, 26, 27). Estas manifestaciones incluyen síntomas físicos, tales como el globo histérico, afonía, abasia, astasia, sordera y ceguera, y síntomas mentales, como amnesias, fugas, ataques y estupores.

Citaremos dos síndromes específicos: el Latah y el Síndrome de Posesión. El Latah ha sido descrito en varias partes del mundo (en las razas malayas; como Imu en los Ainus del norte del Japón y como Histeria Artica en los esquimales y los nativos de Siberia). Generalmente es precipitado por un susto, se produce en mujeres en la edad media de la vida, es de naturaleza episódica y está caracterizado por un estado similar al trance, con obediencia automática, alternando con tormentas motoras, ecolalia y ecopraxia. H. B. MURPHY (28) ha señalado su similitud fenomenológica con el estado de hipnosis, o mejor dicho, con el estado de sugestión posthipnótica. Señala que los juegos de posesión y las danzas de posesión, comunes en los países en los que el Latah ha sido observado, pueden tener un efecto hipnótico condicionante y predisponente. MURPHY y también VAN LOON (29), señalan que este desorden representa la dramatización simbólica inconsciente del conflicto entre un deseo de entrega sexual y su vehemente rechazo.

Los estados de posesión son comunes en sociedades con una organización tribal. Por ejemplo, los khasas de la región Cis-Himalaya. Durante ciertos festivales sacuden sus miembros, y particularmente la cabeza, a una velocidad que aumenta según el ritmo de los tambores; así que el ritmo au-

menta, pierden el control de sus movimientos, echan espuma por la boca y empiezan a hablar en forma incoherente (MAJUMDAR, 30). El poseído pierde la consciencia de su propia identidad, la que es remplazada por la supuesta personalidad de dioses, antepasados o héroes. Estos poseídos muestran considerable fuerza muscular, se desnudan y laceran el cuerpo, comen y beben enormes cantidades, antes de caer inconscientes. Los aldeanos muestran reverencia hacia los poseídos porque ellos albergan dioses; sus palabras representan el discurso de dios.

Para algunos escritores, tales como YAP (8), los estados de posesión son "indudablemente histéricos", mientras que para otros "la posesión puede ser considerada psicopatológica solamente cuando, en tal estado, el individuo pierde contacto con su ambiente o si se siente poseído por fuerzas cuya existencia no es admitida por la comunidad" (HONIGMANN, 31). L. MARS, de Haití, pone énfasis en la distinción básica entre la posesión neurótica y la posesión ceremonial; fenómeno cultural bajo la forma de patrones institucionalizados de comportamiento. La posesión ceremonial, según MARS, es una manifestación dentro de un complejo fenómeno cultural, sociológico y económico. No puede ser explicada, en Haití, aparte del Voodoo, que es una religión animista.

Bajo ciertas condiciones, como una mala cosecha, el Hougan (sacerdote Voodoo) organiza una ceremonia de posesión, la que puede durar muchas horas o varios días. Esta ceremonia gratifica varias clases de necesidades:

1) Necesidades religiosas: puesto que es un rito del culto Voodoo.
2) Necesidades estéticas: amor al canto, música y danza.
3) Necesidad emocional: como súplica en tiempos de desastre colectivo.
4) Una catarsis para aquellos individuos que encarnan a los dioses.

Se ha señalado casos en los que la posesión ceremonial pasa a ser posesión neurótica.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

En las páginas anteriores hemos pasado revista a los factores responsables de las diferencias en la incidencia y tipo de neurosis.

Algunas de las diferencias señaladas son debidas a errores y dificultades metodológicas tales como la variabilidad en los conceptos de salud y enfermedad mental, la variabilidad en los lugares de observación, la variabilidad en los observadores, su entrenamiento y nomenclatura. Respecto a las poblaciones, su variabilidad en cooperar y las dificultades en la comunicación.

Por estas razones es virtualmente imposible dar valor estadístico a una comparación transcultural de la incidencia o prevalencia de psiconeurosis entre culturas diferentes. En forma especial, entre sociedades industriales avanzadas y sociedades primitivas (o tribales). Debemos valernos de aproximaciones e impresiones.

Hay buenas razones para pensar que existen verdaderas diferencias en la frecuencia de las neurosis.

Hasta donde es posible saberlo, no hay sociedades, en parte alguna del mundo, completamente libres de neurosis. Los estados de angustia existen universalmente, con probables variaciones en su frecuencia. Las manifestaciones groseras de la histeria son más comunes en las sociedades subdesarrolladas que en las sociedades tecnológicamente adelantadas. Se ha dicho que las neurosis obsesivas floridas ocurren raramente en las sociedades tribales o rurales. Se ha discutido la frecuencia de los desórdenes psicosomáticos en las diferentes culturas. Necesita una aclaración el tema de si los desórdenes psicosomáticos son comunes en las culturas primitivas y si están aumentando su frecuencia bajo el impacto de la civilización occidental. Es posible que las manifestaciones somáticas de la histeria y los verdaderos desórdenes psicosomáticos nunca hayan sido claramente diferenciados.

Los factores que señalan verdaderas diferencias en la frecuencia de la neurosis son, entre otros:

1) Diferencia en la crianza de los niños y en la personalidad básica.

2) Diferencia en la escala de valores y en el stress ambiental.

3) Condiciones sociales y biológicas favorables o desfavorables para la salud mental.

4) El grado de velocidad y éxito en el proceso de aculturación (sociedades primitivas).

5) La eficacia de los ritos corrientes.

Los ritos corrientes, como toda práctica religiosa, pueden proteger contra la enfermedad mental y pueden ser fuente de sentimientos de culpa y angustia, por ejemplo, si rompen los tabús establecidos. Pueden ser efectivas fuentes de escape para la tensión emocional y psicosexual.

A este respecto, es interesante la observación de Loudon acerca del desarrollo de un desorden psicosomático, llamado Ufufunyana, en mujeres bantú después de la abolición de un ritual que servía de escape a la tensión.

Las grandes categorías de la neurosis, con la posible excepción de la neurosis obsesiva, existen en todas partes. Cuando los representantes occidentalizados, urbanizados, de la clase media de las sociedades subdesarrolladas, sufren de una de las grandes categorías de la neurosis, sus formas clínicas difieren poco de aquellas que nos son familiares en las sociedades avanzadas. Los desórdenes psiconeuróticos observados en la población iletrada rural, de sociedades subdesarrolladas tienen a menudo ciertos rasgos comunes, tales como naturaleza episódica, intercalados en períodos de "normalidad"; intenso compromiso afectivo y ex-actuación (acting out), lo que puede resultar en intentos homicidas o suicidas. Se han descrito rasgos específicos relacionados con patrones ambientales y culturales.

BIBLIOGRAFIA

1.— MEAD, MARGARET : *Lancet*, 21, 1948.
2.— STAINBROOK, E. : "Research on the Epidemiology of Psychosomatic Disease", Proceedings of the Institute on the Epidemiology of Mental Health, Brighton, Utah, U.S.A., May 1955. *News-Letter*, No. 3, December 1957 (abstract).
3.— SINCLAIRE, ALEXANDER : "Report of a Field and Clinical Survey of the Mental Health of the Indigenes of the Territories of Papua and New Guinea, *Review and Newsletter*, No. 6, July 1959 (abstract).
4.— MARGETTS, EDWARD L. : "Ethnopsychiatry in the Field: An Outline of the Anthropological Approach to the Study of Psychopathology and Mental Iliness in African Natives". 27 pp. (a máquina).
5.— SMARTT, C. G. F. : "Mental Maladjustment in the East African", (Tanganyika) *Journal of Mental Science*, 102, No. 428, July 1956, p. 441.
6.— LOUDON, J. B. : "Psychogenic Disorder and Social Conflict among the Zulu", Chapter 15 in *Culture and Mental Health* (Editor: Marvin K. Opler), The Macmillan Company, N. Y., 1959.
7.— ROHEIM, G. : "Racial Differences in Neurosis and Psychosis". *Psychiatry*, 2, 1939, p. 375.
8.— YAP, P. M. : "Mental Disseases Peculiar to Certain Cultures: A Survey of Comparative Psychiatry", *Journal of Mental Science*, 97, No. 407, April 1951, p. 313.
9.— MALINOWSKI, B. : "Sex and Repression in Savage Society". (1927).
10.— CHOU, S. K., and Mr, C. Y. : *J. Social Psychol.*, 8, 1937 p. 155.
11.— SHEN, E. : *J. Social Psychol.*, 7, 1936, p. 471.
12.— OHMURA, MASAO, y SAWA, HIDEHISA : "Taylor's Anxiety Scale, in Japan", *Psychologia*, 1, 1957, p. 123. *Review and News Letter*, No. 6, July 1959 (abstract).
13.— FORTUNE, R. : *The Sorcerers of Dobu*. London, 1932.
14.— LAMBO, T. A. : *Br. Med. J.*, 2, 1956, p. 1388.
15.— LIN, TSUNG-YI : *Psychiatry*, 16, p. 313.
16.— CAROTHERS, J. : "The African Mind in Health and Disease: A Study in Ethnopsychiatry". W. H. O.: Monograph Series, No. 17, 1953.
17.— AUBIN, H. : *Ann. Med. - Psychol.*, 97, 1939, p. 1.
18.— MARS, L. : "Autor de Quelques Cas de Maladies Mentales a Haiti", La Semaine des Hopitaux de Paris (La Medecine dans le Monde), Vol. 30, No. 4, December 19, 1954., p. 1. *Review and Newsletter*, No. 5, January 1959 (abstract).
19.— SEGUIN, C. A. : *Psychosomatic Med.*, 18, 1956, p. 404.
20.— PARHAD, L. *Newsletter*, No. 3, December 1957, p. 5.
21.— WULFFTEN-PALTHE, P. M. van. : *Text-book of Tropical Medicine*, by C. D. de Langen and A. Lichtenstein. Batavia, 1936.
22.— BERTELSEN, A. : "Remarks about Greenland", (translation from Danish) *Meddelelser om Cronland*, Vol. 117, No. 3.
23.— FORSTER, E. F. B. : *Newsletter*, No. 1, May 1956, p. 17.
24.— McGRATH, S. D. : *Newsletter*, Nº 1, May 1956, p. 30.
25.— PHILIPPOPOULOS, G. S. : *Newsletter*, No. 2, February 1957, p. 10.
26.— GAITONDE, M. R. : "Cross Cultural Study of the Psychiatric Syndromes in Outpatient Clinics in Bombay, India, and Topeka, Kansas". Paper presented at the 114 th annual meeting of the A. P. A., San Francisco, California, U. S. A., 1958.
27.— DESPINOY, M., BENOIST, A., and MARES, J. : "Manifestations Hysteriques et Culture", Congress Psychiatric et Neurologie, Lyon, France, 1957.
28.— MURPHY, H. B. M. : "Mental Disorder in the Malaysians of Southeast Asia Including Notes on Lath and Amok". One chapter from *Culture, Society and Mental Disorder in Southeast Asia* (under revision for publication).
29.— VAN LOON : "Amok and Lattah", *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 21, 1927, p. 434.

30.— MAJUMLAR, D. M. : *The Fortunes of Primitive Tribes* (Laclenow, Universal Publishers), 1944.

31.— HONIGMAN, JOHN J. : "Group Membership and Personality Disorder", Chapter 15 in *Culture and Personality*, (Harper & Bros. publishers), New York, 1954.

32.— MARS, LOUAS : "Nouvelle Contribution a l'Etude de la Crise de Possession", April 1959, 29 pp. Mimeograph. *Review and Newsletter*, No. 7, January 1960 (abstract).

APROVECHAMIENTO DE LAS HORAS LIBRES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UNA BARRIADA MARGINAL DE LIMA (MENDOCITA)

Por Emilio Majluf, Teresa Guillén y Sofía Chang *

El estudio del aprovechamiento de las horas libres y de las modalidades de recreación de los menores de edad tiene una alta importancia no sólo desde el punto de vista educativo, sino también desde la perspectiva de la salud pública y de la prevención de la delincuencia juvenil.

El juego y la recreación son actividades fundamentales de los niños y adolescentes, no sólo porque representan uno de sus intereses más intensos, sino también porque constituyen una ocasión necesaria para el desarrollo normal de la personalidad.

El modo como juega un niño es un índice de su desarrollo y de su estado de equilibrio psicológico; por consiguiente el estudio de este aspecto nos daría un índice de la posible repercusión de la desorganización de esa colectividad y las directivas para corregirlas.

Estas razones nos indujeron a estudiar las modalidades de recreación infantil y juvenil, escogiendo para esta investigación "Mendocita", una barriada marginal de la ciudad de Lima, zona muy interesante desde diversos puntos de vista, pero sobre todo por representar una zona de desorganización social. Nos interesaba conocer cómo jugaban los niños de ese barrio, pues este conocimiento nos aportaría luces sobre un aspecto fundamental de su conducta y sentaría las bases para una labor de organización de la comunidad con significación para el futuro.

La barriada de Mendocita se halla ubicada en el Distrito de La Victoria y está rodeada de zonas urbanas.

Cuenta con una calle principal que la divide en dos sectores. Carece de instalaciones de agua y desagüe y falta el servicio de Baja Policía.

Esta barriada se diferencia de las demás:

1) Porque la mayor parte de los pobladores son inquilinos;
2) Por la carencia de vínculos entre ellos;

---

* Departamento de Niños, Hospital Larco Herrera, Magdalena.

3) Por la heterogeneidad de su procedencia (los hay de todos los lugares de la República).

Estos factores actúan en forma negativa sobre la relación de sus pobladores, impidiendo su desarrollo al fomentar el antagonismo entre ellos.

Por otra parte, esta barriada tiene mala fama, pues se le considera como refugio de delincuentes, hecho no totalmente verificado.

Los pobladores, si bien son de situación modesta —lo que se manifiesta en sus vestimentas, en el menaje y el carácter de sus viviendas— muestran deseos de progresar.

MATERIAL Y METODO

El estudio se ha realizado durante las vacaciones (1958), es decir durante la etapa extraescolar; tomando cien niños y cien adolescentes.

Se utilizó tres métodos:

1) La observación directa, durante las visitas (algunas nocturnas) a la barriada;

2) Entrevistas con los padres y otras personas representativas del lugar;

3) Por la aplicación de una ficha especial (encuesta).

En general en la ficha se consideran dos partes: en la primera, se anotan los datos referentes a los padres y en general a toda la familia, dando a conocer la situación del encuestado dentro de la misma y el control de que es objeto. En la segunda, se examinan sus datos personales y la forma en que emplea su tiempo libre tanto en forma individual como formando parte del grupo.

Se empleó un tipo de ficha para los niños y otra para los adolescentes de acuerdo a las características de cada grupo.

En general, se contó con una buena colaboración tanto de los menores como de sus familiares, no dejando de existir, sin embargo, cierta resistencia.

RESULTADOS

Nos referiremos primero a los niños. La señorita S. Chang se ocupó de esta parte de la investigación.

Examinando el empleo del tiempo libre de niños cuyas edades fluctuaban entre uno y doce años, reunió cincuenta de cada sexo.

Se pudo verificar que la población infantil de la Barriada de Mendocita no cuenta con lugares apropiados para sus actividades lúdicas, razón por la que se ven obligados a buscar expansión en las afueras del barrio, acudiendo los varoncitos a los campos y caminos que rodean la barriada, a fin de prac-

ticar deportes, juegos organizados, etc. Muchas veces aprovechan los parques de las cercanías (Av. 28 de Julio por ejemplo) donde utilizan los columpios, toboganes, etc.

Las niñas, por el contrario, permanecen en la barriada, pues sus padres no les permiten alejarse. Gran parte de ellas ayudan en las labores domésticas y tienen poco tiempo libre para su recreación.

Un hecho de gran significación fue el verificar que los niños menos vigilados, se alejan de sus casas por mucho tiempo sin que esto parezca preocupar a sus padres.

Tanto los niños como las niñas, por lo general, carecen de juguetes, fuera de los de confección casera.

Los niños practican de preferencia fútbol y las niñas volley-ball, careciendo en ambos casos de orientación especial.

Es significativo que los niños formen grupos heterogéneos en cuanto a edad y dediquen buena parte de su tiempo a juegos de azar, invirtiendo así el dinero que obtienen generalmente como pago por el acarreo de agua.

Los niños asisten frecuentemente al cine, espectando películas generalmente no apropiadas para ellos. También, en gran número, acuden al Coliseo Nacional, donde les es dado contemplar espectáculos folklóricos, no siempre adecuados para ellos.

Los padres entrevistados carecen de comprensión suficiente acerca de la significación e importancia de una adecuada recreación para sus hijos, pero se mostraron entusiasmados cuando se les propuso la formación de un Centro de Recreación.

Lo más llamativo de esta investigación es que los niños de la Barriada carecen de sitios donde pueden aprovechar su tiempo libre de manera sana, faltándoles igualmente personas que los orienten en la selección de juegos, lecturas y música.

El grupo de adolescentes, fue estudiado por la señorita T. Guillén.

La muestra estuvo constituída por cincuenta varones y cincuenta mujeres, cuyas edades fluctuaban entre los trece (13) y los dieciocho (18) años.

Casi todos los grupos de adolescentes formados en la barriada son heterogéneos en cuanto a edad, y por lo general carecen de todo control y orientación.

Tal como sucede con los niños, los adolescentes no tienen lugares adecuados para su recreación, empleando para ello las calles, cantinas y espacios libres vecinos a la barriada.

Prácticamente todos los días de la semana y gran número de horas al día, incluso parte de la noche, son empleados para su recreación.

Los adolescentes, en general, tienen como interés exclusivo el deporte. La mayoría de los varones practican el fútbol y una buena parte de las mujeres tienen preferencia por el volley-ball.

Grupos de adolescentes varones forman pandillas para conversar o para dedicarse frecuentemente a los juegos de azar.

Al igual que los niños, emplean poco tiempo para la lectura y la música, siendo en ambos casos de poca calidad las variedades que eligen. Su asistencia al cine es frecuente.

Este estudio indica que las adolescentes tienen menos oportunidades para la recreación, pues es bastante frecuente que estas jóvenes sean objeto de una vigilancia acentuada, tengan más trabajo y reciban un trato riguroso, no pudiendo, por lo general, salir a la calle sin el permiso de sus padres. Haciendo contraste con lo que sucede a la mayoría, hay un grupo que lleva una vida bastante libre.

DISCUSION

En otro lugar se ha expuesto con todo detalle la forma como los niños y adolescentes de la barriada emplean su tiempo libre, en la presente comunicación únicamente se ha querido describir los hallazgos más importantes.

En este estudio se vuelve a poner sobre el tapete el problema de la organización de las actividades de los niños y adolescentes en sus horas libres tanto en el período escolar como en el extraescolar.

La simple observación demuestra que la mayor parte de los niños y adolescentes de la ciudad de Lima, no cuentan con los lugares y las organizaciones requeridas para que sus juegos y diversiones constituyan una experiencia constructiva y libre de peligro.

Si la situación de los niños y adolescentes en las zonas bien organizadas de la ciudad es un problema, lo es mucho mayor en los barrios marginales, donde las relaciones interpersonales y el modo de vida es bastante desorganizado. La falta de control paterno y la posibilidad del mal ejemplo son factores que pueden perturbar el desarrollo normal de los niños y adolescentes llevándolos a la vida inmoral y delictuosa.

La policía y los tribunales de menores del país indican el aumento creciente de los delitos cometidos por los niños y adolescentes en forma individual o colectiva. Por eso esta investigación requiere como un complemento indispensable el estudio de la incidencia y modalidades de la delincuencia juvenil en la barriada de Mendocita a fin de objetivar la segura influencia negativa de la falta de organización del juego y la recreación.

Cualquier intento de organización de la colectividad tiene que ser precedido de un trabajo de campo que permita conocer sus características. La presente investigación intenta este objetivo.

El estudio de la barriada de Mendocita revela la necesidad de organizar la comunidad a fin de permitir y favorecer un empleo adecuado de las horas libres de los menores de edad, tiempo muy extenso, que de ser bien empleado, puede ser ocasión magnífica para la promoción de la salud.

El método principal para resolver el problema que nos ocupa es el *Servicio Social de Grupo*. Esta modalidad representa un proceso educativo que fomenta, promueve, organiza y orienta los intereses comunes, facilitando la colaboración y comprensión mutua; propende al desarrollo de la personalidad

del individuo a través de la influencia del grupo, enseñándole a vivir en sociedad; tiende a la realización de las necesidades de todo ser humano, brindándole la oportunidad de culturizarse, de desarrollar su iniciativa y conocer sus propias posibilidades preparándolo para el futuro.

Un programa de Seguro Social de Grupo, brinda al adolescente una orientación educativa, tanto en el aspecto físico como en el psíquico.

Conocidos los intereses de los menores y las características de la comunidad, es necesario procurarse los medios para poner en marcha un plan integral debidamente estructurado para crear un Centro de Recreación que llenaría la expectativa de esta humilde comunidad y fomentaría la higiene mental de sus habitantes.

AREAS DE TENSION EN UNA POBLACION URBANA MARGINAL

LOS PREJUICIOS RACIALES

Por HUMBERTO ROTONDO, JAVIER MARIÁTEGUI Y PEDRO ALIAGA *

La población asentada en el barrio de Mendocita exhibe obvias distancias sociales entre los diversos grupos étnicos que la componen. De un lado tenemos a los negros y a los zambos, la mayor parte oriundos de los valles de Chincha, Cañete e Ica, de otro a los indígenas y mestizos a predominio indígena procedentes de los diversos departamentos andinos o de las zonas altas de los departamentos costeños, y por último están los mestizos a predominio blanco en su gran mayoría procedentes de la Costa, incluyendo a los de la capital, pero asimismo, a una fuerte proporción de este tipo de mestizos oriundos de los departamentos de Cajamarca, La Libertad, Ancash, Huánuco y Arequipa.

Si entendemos como prejuicios de grupo las actitudes negativas de sus miembros para con los de otro grupo, estamos en condiciones de afirmar de su amplia difusión en la población estudiada. Esta influencia negativa contribuye a elevar la "tensión" general de sus pobladores, a más de ser fuente de insatisfacción o de experiencias de valor negativo. Recordaremos esta noción formulada por KURT LEWIN (1) en el sentido de una carga emocional permanente que facilita e incrementa las más variadas reacciones conflictivas en las relaciones interpersonales.

De acuerdo al original criterio expuesto por GORDON W. ALLPORT (2) se pueden establecer cinco categorías en las diferentes acciones negativas posibles entre grupos raciales o étnicos: 1) la "anti-locución" o antagonismo verbal; 2) el alejamiento; 3) la discriminación; 4) la agresión física; y 5) el exterminio. Nosotros hemos podido observar tanto el "antagonismo verbal", el frecuente insulto al indígena, al serrano, cuanto el "alejamiento" entre los miembros de los grupos mencionados, lo cual engendra tensión, fricciones, recelo, sobre todo en los "lotes" o sectores del barrio, de composición heterogénea.

---

* Departamento de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima, Perú.

Nuestro estudio se refiere, no precisamente a estos hechos, sino a las actitudes expresadas en la comunicación verbal a los que hemos participado en esta investigación.

PROCEDIMIENTO

Utilizamos la técnica de complementación de frases para obtener información acerca de las actitudes étnicas.

Como se sabe la técnica de complementar frases incompletas permite la obtención de una información francamente de tipo proyectivo. Hemos elaborado una prueba de este tipo encaminada a la obtención de una biografía, la que incluye, naturalmente, una serie de frases incompletas destinadas a indagar la "identidad" étnica, tal como la ve el sujeto, actitudes con respecto a miembros de otros grupos y expectativas de trato de parte de los miembros de otros grupos étnicos. Estrictamente hablando es una indagación de tipo fenomenológico, pues lo que deseamos saber es cómo el sujeto se ve a sí mismo y percibe la actitud ajena en esto de su condición "étnica" y de su procedencia.

Estas frases fueron: 9 a) Ud. diría que es indio, mestizo, blanco, zambo... b) a los que tenemos (aquí indicar la condición racial) nos... 51. Los serranos de por aquí (en la barriada) me... 52. Los costeños de por aquí (en la barriada) me...

De 193 probandos integrantes de la población-muestra de Mendocita (3) que contestaron al cuestionario autobiográfico, 106 eran costeños y 72 oriundos de la Sierra.

RESULTADOS

1) *Autocalificación étnica*. Sobre un total de 193 probandos de ambos sexos pertenecientes a diferentes grupos domésticos, complementaron la frase 9.a). 162 y dejaron de hacerlo 31.

Los 162 respondientes se distribuyen así: 134 se autocalificaron de "mestizos"; 11 de "zambos"; 10 de "indios"; 3 de "trigueños"; 2 de "negros"; y 2 de "blancos".

Salta a la vista la tendencia preponderante a percibirse como "mestizos". Muy pocos son los que se dicen "indios", sólo 2 admiten ser negros y 11 "zambos". Esta alta proporción de auto-percepción de "mestizo", pese a que muchos de ellos son típicos indígenas, plantea un problema de identificación con un grupo que se considera mayoritario y más aceptado, lo cual entraña una probable significación defensiva.

2) *Análisis relacional*. Los que se calificaron de mestizos en número de 87 consideraron que eran bien vistos, 7 percibieron una actitud neutral hacia ellos y sólo 7 una actitud negativa. La reacción afectiva conexa a esta

percepción, en estos mismos mestizos, fue declarada de agrado en 56, de indiferencia en 13, de desagrado en 20 y de peculiar "humor" en 7.

A pesar de haber manifestado que eran bien vistos por los demás debido a su "condición de mestizos", muchos, ulteriormente, delataron una reacción afectiva negativa o de desagrado por lo que ellos consideran, después, les traía esa misma condición. Esto no nos parece una contradicción o inconsistencia sino más bien un posterior levantamiento de la supresión.

Predomina la impresión de que el mestizo, en el barrio, es bien visto. Citamos a continuación algunas expresiones que revelan esta aceptación de la calidad de mestizo: "a los que tenemos de mestizo nos tratan bien, esto me enorgullece"; "*nos conviene,* esto me da alegría"; "*somos la mayoría,* esto me agrada"; "nos consideran igual, esto me da alegría"; "nos llevan bien, esto me regocija". Sin embargo, un análisis cuidadoso de algunas de estas expresiones denota una clara necesidad de aceptación.

Interesantemente 16 sujetos afirman percibir hostilidad por el hecho de ser "indios" o "serranos". Este incremento de los que admiten ser "indios", indica que muchos de los que primero negaron ser indios luego lo admiten al disminuir, quizás, alguna actitud defensiva frente al examinador. Sólo 1 de este grupo afirma ser bien visto.

En cuanto a la reacción afectiva en relación a esta percepción, 9 manifiestan desagrado, 3 aparentan indiferencia y sólo 1 se "ríe" de ese calificativo. Son ejemplos reveladores de lo que acabamos de exponer las siguientes expresiones: "a los que tenemos de indio nos trae malas consecuencias, esto me preocupa", "...nos desprecian, esto me parece mal, porque todos somos peruanos".

En cuanto a los "zambos", 4 afirman ser "bien vistos", 2 advierten una actitud neutral y sólo 1 se siente hostilizado. En oposición a esto, los dos únicos sujetos que se autocalifican de negros se sienten, uno mal considerado y otro visto con indiferencia.

La reacción afectiva frente a los hechos mencionados es de agrado en 4 sujetos "zambos", 2 no se afectan mayormente y 1 reacciona con desagrado a la percepción de una actitud antagónica.

3) *Opiniones respecto de costeños y serranos.* A los pobladores de la región andina se les conoce como "serranos" y en ellos hay que distinguir los pertenecientes a la cultura indígena y los mestizos de los pequeños pueblos y ciudades.

Aquí vamos a referirnos a las opiniones que se tienen entre sí serranos y costeños. En realidad se trata principalmente de componentes cognitivos de las actitudes étnicas, o sea percepciones, creencias y expectativas, y los conjuntos de características atribuídas sin mayor base objetiva, o sea los estereotipos.

En una primera categoría tenemos las actitudes con respecto a los costeños. 31 sujetos declararon "no conocer" a los costeños. Estas expresiones han sido corroboradas muchas veces a través de la observación y en otros

estudios de opiniones y denotan la gran distancia social que existe entre ambos grupos, la que se manifiesta por la rareza de amistades o el trato social y superficial. Hubo dos sujetos que declararon que "sólo los saludaban".

En un segundo grupo de declaraciones incluímos opiniones negativas respecto de los costeños 23 sujetos compartieron este tipo de actitudes. Un estereotipo muy común fue el siguiente: el costeño es "flojo, vivo y malo".

De otro lado, sin embargo, advertimos un grupo de opiniones positivas, manifestadas por 89 sujetos; otro estereotipo, esta vez positivo, de los costeños "gente que aprecia, es buena y que cae bien". Estas declaraciones, empero, fueron en gran parte suministradas por costeños.

En lo que se refiere a las actitudes con relación a los serranos, tenemos los siguientes resultados: 24 sujetos manifestaron que "no los trataban".

Entre 46 opiniones negativas acerca de los serranos se halló, frecuentemente, un estereotipo que las calificaba como "difíciles de comprender, sucios, antipáticos, malos, envidiosos".

65 sujetos formularon opinión positiva hacia los serranos expresada a través de las declaraciones de que son "buenos, trabajadores". Estas declaraciones provenían, en buena parte, de los mismos serranos.

DISCUSION

Es evidente una identificación de la mayoría de los probandos, a excepción de los de raza negra, con un grupo étnico que se considera mayoritario: el mestizo. El hecho de que más de un indio se considerara mestizo hace pensar en una suerte de defensa frente a posibles rechazos debido a la propia condición. Esta conclusión no puede ser válida sino para la población estudiada pues carecemos de información acerca de cómo pudieran conceptuarse así mismos los indios en su "habitat" original. No debemos olvidar que pertenecen a una población en proceso de transculturación, en la que se advierte una tendencia poderosa a identificarse con los valores de la cultura a la que pretenden ingresar, la que es vista como una fuente de seguridad y en donde esperan un alejamiento de toda hostilidad en relación a su condición racial.

El indio, en la población estudiada, percibe una franca hostilidad de parte de los demás. Es de advertir que la hostilidad es real en muchos casos pero no en todos. Estas circunstancias hablan a favor de una generalización desmedida de parte de los probandos, lo cual, como bien se sabe, es lo típico del prejuicio étnico, en sus diversas formas.

Como resultado de nuestra investigación pudimos anotar dos formas de estereotipos en relación a costeños y a serranos, uno positivo y otro negativo. Los estereotipos positivos destacan cualidades dignas de aprecio y reconocimiento social y, como ya lo señalamos, fueron adscritos a los respectivos grupos por los propios integrantes de ellos. Estamos frente a una actitud étnica a predominio cognitivo en la que se manifiesta una fuerte participación del yo. A través de los estereotipos positivos se incrementa el valor

del yo, el cual resulta como participando de esas cualidades generales dignas de aprobación. Más aún, se reafirma el sentimiento de identidad pues resulta grato sentirse serrano o costeño con tan buenas cualidades.

En cuanto a las malas cualidades, éstas resultan atribuyéndoselas a los que no son del propio grupo lo cual revela un claro sentido defensivo del yo, pues indirectamente destacan el valor del propio grupo, sea real o meramente conjeturable. Estos hallazgos en los pobladores de Mendocita deben ser tomados en cuenta en la explicación de un aspecto de los problemas de relaciones humanas que ocurren en esa zona tan heterogénea y en la que predominan el mal entendimiento, el aislamiento recíproco y la ausencia de todo espíritu de comunidad.

RESUMEN

Se han estudiado actitudes étnicas en pobladores del área urbana marginal de Mendocita. Se comprobó: 1) Tendencia a la identificación con el tipo mestizo; 2) En los indígenas una percepción de hostilidad de parte de los demás; y 3) Dos formas de estereotípos, positivos y negativos, con relación a costeños y serranos, destacándose una probable significación funcional de los mismos.

REFERENCIAS

1.— Kurt Lewin : "The background of conflict in marriage", in "Resolving Social Conflicts". Harper and Brothers Ed. New. York, 1948.

2.— Gordon W. Allport : "The nature of prejudice". Adison-Wesley Publishing Company Inc., Cambridge Mass., 1954.

3.— Humberto Rotondo y colaboradores : "Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. I. "Resultados de la aplicación del Indice Médico de Cornell". Departamento de Higiene Mental M. S. P. A. S.

EDUCACION Y SALUD MENTAL

MENORES EN ESTADO DE ABANDONO O EN PELIGRO MORAL

Por Pedro Aliaga Lindo *

Determinar la situación material de los menores es relativamente fácil cuando estos forman un elemento de conjunto de la población, como sucede en el seno de la tribu y en los pueblos de civilización primitiva. En estos casos los menores participan de la vida y de la muerte de la tribu. Cuando la sociedad primitiva se decide a educar a los menores, el derecho de existencia se completa con el derecho a los medios de subsistencia.

Pero esta situación de los menores en nuestra sociedad actual ofrece contrastes en relación a la tribu y a las sociedades primitivas, porque los menores desde el punto de vista de los medios de subsistencia sufren de privaciones por la precaria situación económica de los padres de familia. Fenómeno que sucede por dos razones: uno, debido al decrecimiento del salario real de los padres, que siempre queda por debajo del costo de la vida a pesar del aumento del salario nominal; y por otro, influye el abandono económico de los padres motivados por diversas circunstancias. Corroboramos esta aseveración con el análisis que hemos hecho de la situación económica de los padres de los 26 casos de menores que hemos estudiado, cuyo resultado es el siguiente: encontramos 11 casos por abandono económico del padre, repartidos así: irresponsables 4, alcohólicos 5, enfermos 1, y trasgresores de la ley 1; y por separación de los padres hallamos 15 casos, distribuídos así: incompatibilidad de caracteres 6, diferencias de estrato social 1, concubinatos 6 y por celos 2.

El resultado de este análisis nos revela que los menores en estado de abandono nacen en un ambiente familiar, en que el nivel de vida se mantiene constantemente próximo al mínimo necesario para la subsistencia, casi siempre bajo. Debido a esta mala situación económica, los menores nacidos en estos hogares modestos no pueden satisfacer sus anhelos, deseos o impulsos, entonces, como consecuencia de esta frustración en ellos surgen el fenómeno de la agresión como una reacción frente al orden establecido por

---

* Médico Asistente, Hospital Larco Herrera, Magdalena.

las instituciones de nuestra cultura, que han nacido como productos de las técnicas de subsistencia, motivando, al mismo tiempo, el progresivo aumento de la delincuencia juvenil en nuestro medio.

Causas de la delincuencia juvenil en nuestro medio

La delincuencia juvenil va en aumento en nuestro medio. Esto se debe a que muchos menores no tienen vida hogareña y, por tanto, se sienten desdeñados o ignorados por sus padres o familiares y es natural que formen pandillas, huyendo de la realidad de la vida a un mundo suyo, infantil, donde se toleran sus fantasías y sus deseos. Y las causas que desencadenan este fenómeno social son las siguientes:

1) Las causas dañinas que influyen decisivamente en la deformación de la conciencia de los niños constituyen las "historietas cómicas", verdaderos agentes disociadores, para los cuales, en nuestro país no existe ninguna ley que los reprima, y que actúa impunemente bajo una "libertad" de prensa que no discierne entre lo útil y lo pernicioso. Estas "historietas cómicas" deben ser prohibidas por incitar a la violencia, por fomentar odio de razas y glorificar el crimen y la fuerza bruta, por difundir la más vulgar pornografía y reducir a un vuelo de sangre la imaginación de los niños.

2) Otro factor es el cinema que tiene mucha influencia en la cultura humana, por corresponder hoy a la psicología y a la sensibilidad del hombre y sociedad contemporáneas, pero que, para cumplir su noble y delicada misión necesita ser un arte verdaderamente educativo, alejado de toda exageración y deformismo de la vida real. Fatalmente este arte en la generalidad de los casos ha sido desviado de su misión, porque exagera el sentimiento, ridiculizándolo, pone en la pantalla todas las monstruosidades físicas que son producto de elucubraciones mentales desviadas y exhibe actitudes humanas que inducen al robo, al crimen, a la vagancia, al suicidio, en una palabra, a trasgredir la ley.

La mente del niño y del adolescente todo lo malo que ve en el cine lo considera como alegría, burla, gracia, y lo aprende sin exigencias y con una espontaneidad asombrosa. Y luego lo practica con deleite cada vez que se le presenta la oportunidad. Así va perfeccionándose sin darse cuenta para culminar en actos delictuosos y antisociales. Llegando, en consecuencia, a la perdición y a la cárcel, donde la flor de su vida se marchita o se apaga.

3) Otro factor que influye para el desvío de los menores son los hogares mal constituídos y el mal ejemplo de los padres. Cuando la familia no está bien organizada los padres descuidan a sus hijos, no ejercen disciplina y permiten a los menores andar en la calle a voluntad, originando más tarde en el hogar una serie de desajustes educativos, mayormente el llamado "problema de conducta", en que el menor se torna ingobernable, rebelde.

irascible, hurta, es agresivo contra sus familiares, hostil con los hermanos, revela conducta sexual precoz, enuresis, terrores nocturnos, diversos síntomas neuróticos e histéricos.

Cuando la vida del hogar es sana, nada de estos fenómenos acontece, antes el sentimiento filial se hace más vigoroso y en consecuencia los menores no inciden en la delincuencia juvenil.

4) La escuela es otro medio que tiene influencia poderosa en la formación de la personalidad del niño. Por eso, toda divergencia ideológica en ella, si la personalidad del menor es propicia, determina un grave desequilibrio ideo-afectivo que se manifiesta en las alteraciones de la conducta o en los más diversos tipos de neurosis infantil que muchas veces pasan inadvertidos. En la escuela se olvida hacer que el niño supla una serie de posturas erróneas e inadecuadas que observa en su hogar. Falta en la escuela el adecuado enfoque del maestro cuidando, sobre todo, de no crear situaciones de ambivalencia.

Declaramos con honradez que en nuestras escuelas, tanto primarias como secundarias, si el niño y el adolescente cometen alguna falta, lo único que se hace es expulsar, sin estudiar siquiera la causa de su comportamiento antisocial.

5) La calle es otro factor que también influye en la formación de la personalidad del niño. En ella actúa el niño según sus disposiciones, según su naturaleza individual, respondiendo a determinadas influencias del medio, sea con la aceptación o la repulsa. Esto sucede, porque el menor donde esté se desenvuelve según la naturaleza de las personas que en el ambiente viven. Es con la riqueza de experiencias que recibe el niño y el adolescente en la calle van a desarrollarse en su personalidad clara conciencia de su ser y la existencia de los demás.

No olvidemos que la medida de progreso de un pueblo se da por la forma como tratan a sus niños en la calle. Esto en nuestro medio es muy desastroso.

ESTUDIO DE LOS 26 CASOS QUE FORMAN EL MATERIAL DEL PRESENTE TRABAJO

1) Los menores que sirvieron para hacer este estudio que consta de 26 casos proceden de tres sectores de la capital: rojo, blanco y negro. El primero, denominamos así porque es la zona donde es muy frecuente los actos criminales y comprende a la jurisdicción de La Victoria, siendo los casos 9; el segundo llamamos negro porque predomina más el robo y comprende el Rímac, siendo los casos 9; y al tercero decimos blanco porque tanto el crimen como el robo son poco frecuentes y corresponde a Jesús María, siendo los casos 8.

2) Por la condición legal, nuestros casos son como sigue: 14 son hijos legítimos y 12 hijos ilegítimos. Este dato nos demuestra que en nuestro medio predomina la unión libre, lo que es sumamente grave para la constitución del hogar, porque analizando el hogar encontramos que una de las causas permanentes para la inestabilidad de la familia es la ilegitimidad. El niño y el adolescente integrantes de esta clase de hogares no tienen ninguna protección, no tienen el amparo legal que debe darles la sociedad, ya que constituye para el hogar un suceso, una época y no un eslabón que une el hogar. Por eso es de suma urgencia incidir en el Código de Menores para que se contemple el amparo que la Ley debe dar al niño y al adolescente, que señale al padre, sea cual fuere su situación social la obligación que tiene de brindarle el calor del hogar o, por lo menos, los medios materiales para su existencia, que sepa que al concebir un hijo tiene responsabilidades que asumir cuando éste venga al mundo y no eluda esta responsabilidad, que no mire al niño y al adolescente como a un simple accidente sino como proyección de su vida. Hay que proteger al menor a fin de evitar el aumento de la ilegitimidad que es la causa primordial del desquiciamiento moral y social de nuestro pueblo.

3) Las edades de nuestros casos son: hay 1 de 7 años, 5 de 9 años, 1 de 11 años, 3 de 12 años, 4 de 13 años, 5 de 14 años, 1 de 15 años, 5 de 16 años y 1 de 18 años. Los varones son 15 y las mujeres son 11.

4) Según el grado de instrucción encontramos: con educación primaria: 4 en transición, 3 en primer año, 2 en tercer año, 4 en cuarto año y 2 en quinto año; y con educación secundaria: 6 en primer año, 3 en segundo año y 2 en tercer año. Los de educación primaria todos son varones y los de secundaria todas son mujeres.

5) Según el diagnóstico médico-pedagógico tenemos: debilidad mental y primitivismo 1, carencia afectiva y vagancia 1, carencia afectiva y mendicidad 1, carencia afectiva y debilidad mental 1, conducta antisocial 1, caracteresis y ausentismo escolar 1, ausentismo escolar y retraso pedagógico 2, carencia afectiva y desadaptación social 2, carencia afectiva 2, falta de control familiar 2, carencia afectiva y enuresis, caracteresis 4, debilidad mental 2, personalidad psicopática 1, reacción de inseguridad 1, caracteresis y debilidad mental 2.

6) Socialmente todos pertenecen a hogares desintegrados y a una precaria situación económica y cinco viven en estado de abandono total y han trasgredido la ley. Los 21 restantes mantienen en potencia la tendencia delictiva.

LOS INSTITUTOS DE TUTELA PARA MENORES

En Lima funcionan actualmente tres centros de tutela infantil: el Hogar Infantil del Rímac, el Instituto de Menores de Maranga, y el Instituto

de Menores Hermelinda Carrera, de San Miguel. En estos establecimientos se aislan los menores que según la clasificación establecida por nuestra legislación necesitan del apoyo y la protección del Estado. Al Hogar Infantil llegan menores de 8 a 12 años y al Instituto de Menores van de los 13 hasta los 21. El Instituto Hermelinda Carrera está reservado para menores de sexo femenino y las recibe desde los 5 años hasta los 21. Los tres Institutos son establecimientos de tutela dependientes del Ministerio de Justicia y están regentados por religiosos que cumplen esta labor desde muchos años. Sin embargo, hay otro establecimiento dependiente del Ministerio de Educación Pública y es el Instituto de Educación Especial Nº 3, de San Miguel, que es producto del esfuerzo de su fundador el actual Director del plantel Sr. Bernardino Ginés. Este Instituto es el único en su género de puertas abiertas y en él no hay personal de servicio. Los menores, ellos mismos preparan sus alimentos, realizan trabajos de campo y de taller y estudian con el lema "hay que prepararse para la vida".

Visitando estos establecimientos se dá cuenta uno del modo como viven los menores, como se educan, como se curan y como son tratados.

En el terreno nacional también tenemos establecimientos de tutela en: Trujillo, Cuzco, Arequipa y Huancayo.

CREACION DE NUEVOS TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS DE TUTELA PARA MENORES

En nuestro medio se hace urgente la creación de más establecimientos de tutela, pero de un nuevo tipo, porque los que existen no responden a las exigencias de la hora actual. Estos nuevos establecimientos estarán dirigidos por un equipo de colaboradores integrados: por un servicio social bien organizado que afronte todas las funciones que le compete; un sistema de organización policial que atienda de manera especial el servicio de los menores; psicólogos para que estudien los diversos casos; psiquiatras para el tratamiento de los diversos problemas de los menores. Igualmente contará con casas de observación y diagnósticos. Dispondrán de campos para trabajos agrícolas y de talleres para el aprendizaje del arte industrial y de salas de clases para suministrar los conocimientos básicos del saber humano. Y funcionará a puerta abierta, sin una disciplina cuartelaria y coactiva, sino como verdaderos hogares, donde la norma educativa ha de ser la comprensión, el amor, el cariño, respeto al libre albedrío y la armonía social.

En una palabra constituirán unos verdaderos hogares-escuelas y dependerán directamente del Ministerio de Educación Pública y del Ministerio de Justicia.

CONCLUSIONES

1. Para prohibir toda publicación infantil que incite a la violencia, al crimen, al odio de razas y de estratos sociales, debe estructurarse una "Ley de Defensa de la Educación Infantil".

2. Las películas de fondo antisocial y que deforman el sentimiento infantil deben ser censuradas en forma ejemplar por una Comisión Permanente, la que debe ser creada y estar integrada por un representante o delegado de los Ministerios de Educación Pública, de Salud Pública y de Justicia.

3. Es "de suma urgencia incidir que en el Código de Menores se contemple el amparo que la Ley debe darle al niño, que señale al padre, sea cual fuere su situación social, la obligación que tiene de brindarle el calor del hogar o, por lo menos, los medios materiales para su existencia, que sepa que al concebir un hijo tiene responsabilidades que asumir cuando este venga al mundo y no eluda esta responsabilidad, que no mire al niño como un simple accidente sino como una proyección de su vida misma".

4. "Hay que proteger al niño a fin de evitar el aumento de la ilegitimidad que es la causa primordial del desquiciamiento moral y social de nuestro pueblo".

5. El criterio general debe ser considerar al menor trasgresor simplemente como un caso de abandono, pero no como delincuente, porque creemos que este término es injusto y nocivo, que lesiona cruelmente el alma juvenil.

6. Es de urgente necesidad la creación de nuevos establecimientos de tutela para menores, pero de un sistema de puertas abiertas, porque no hay mejor forma de reeducar al joven trasgresor dentro de la misma libertad.

7. Observamos que las ideas y puntos de vista de la higiene mental no han logrado suficiente difusión en nuestras escuelas, tanto primarias como secundarias.

BIBLIOGRAFIA

1.— GILBERTO MOREY : La familia del niño en nuestro medio hospitalario desde el punto de vista médico-social. Revista del Hospital del Niño. No. 60, Lima, 1954.

2.— NIXA CHIOK y EMILIO MAJLUF : Hambre y defecto como factores que influyen en el desarrollo del niño. Revista del Hospital del Niño, No. 60. Lima, 1954.

3.— HONORIO DELGADO : Personalidad y carácter. Lima, 1946.

4.— LUIS A. GUERRA y EMILIANO PISCULICH : Informe sobre el examen psico-pedagógico de los menores tutelados. Revista Penal y de Tutela. Vol. II. Lima, 1947.

5.— PAUL V. LEMKAU : Higiene Mental. Fondo de Cultura Económica. México, 1953.

6.— PEDRO ALIAGA LINDO : Psicopedagogía y "Niño Problema". Archivos de Crimina-logía, Neuro-psiquiatría y Disciplinas Conexas. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito, 1957.

7.— FRANCISCO BAUMGARTEN : Conflictos de la Vida. Buenos Aires, 1946.

8.— PEDRO ALIAGA LINDO : Características psicosomáticas del niño proletario de la ciudad de Lima. "El Comercio". Lima, Abril de 1957.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO PLURIDIMENSIONAL

Por CARLOS V. GUTIÉRREZ *

Pocos de los diagnósticos en clínica resultan más complejos o intrincados que los diagnósticos clínicos psiquiátricos. Esto se debe fundamentalmente a la coexistencia en el mismo caso clínico de varios aspectos diferentes, sea inherentes a la personalidad misma que por lo general sirve de fondo o telón a las alteraciones actuales que varían desde una verdadera psicosis con todo su cortejo sintomático, hasta una neurosis de diverso tipo, pasando a veces al mismo tiempo por cuadros de tipo epiléptico por lo general multiformes desde el punto de vista de sus manifestaciones caracterológicas, hasta los cuadros relativamente simples de distimias exógenas o reactivas.

La práctica y la experiencia nos enseña que esta especialidad es el campo médico donde menos cuadros de tipo "puro" existen, entendiéndose por cuadro clínico "puro" aquel en el cual el diagnóstico se limita a una sola entidad mórbida. Por ejemplo si decimos "colecistitis calculosa" expresamos inflamación y litiasis de la vesícula biliar, lo que como ya lo recalcáramos no ocurre nunca o casi nunca en psiquiatría.

Hagamos un breve análisis de los factores que gravitan en el campo psiquiátrico, determinando la ausencia de estos tipos "puros":

La personalidad que todos llevamos durante nuestra vida y que nos otor-
ga un sello inconfundible y propio y su objetivación tangible o aprehensible
por la investigación clínica el Ethos o carácter, ya complica el problema diag-
nóstico, pues frente a cualquier caso clínico que estudiemos debemos llegar a
un conocimiento más o menos profundo de esta personalidad objetiva por el
carácter, lo que no ocurre en otros campos médicos, y sin lo cual todo diag-
nóstico psiquiátrico resultará trunco impidiéndonos una visión clara o de con-
junto del caso clínico.

Las anormalidades constitucionalmente adquiridas, esto es heredadas, que
por lo general coexisten con anormalidades de la personalidad, anormalidades
que pueden ser del tipo bio-eléctrico cerebral como en la Epilepsia Esencial,
del tipo de la Oligofrenia en todos sus grados, como expresión de déficit de
la esfera intelectual de naturaleza congénita.

---

* Servicio de Neuro-Psiquiatría, Hospital Militar Central, Lima.

Los cuadros de verdaderas psicosis o enfermedades mentales, que siempre se presentan impregnados de las características de la personalidad premórbida del sujeto, de lo que resulta de que hasta para el diagnóstico integral de una psicosis se requiere un conocimiento más o menos preciso de la personalidad del enfermo mental.

Los cuadros clínicos de tipo reactivo o exógeno, los que por lo general asientan, sea en una personalidad anormal y por lo tanto ya predispuesta a ello, o en sujetos con anormalidades constitucionalmente adquiridas, sobre todo epilépticos. Se trata de manifestaciones de tipo distímico, es decir alteraciones de la esfera afectivo-emotiva, que adoptan en la práctica diaria aspectos variadísimos, siendo de remarcar aquí que no basta el diagnóstico de la misma para tener un diagnóstico psiquiátrico integral o completo, pues generalmente su conocimiento se limita a los posibles mecanismos actuantes de tipo conflictivo que no llegan a constituir una verdadera neurosis, la que de sí ya es un cuadro perfectamente estructurado con todas las características de tal.

Las mismas neurosis casi nunca discurren puras, pues se encuentran anormalidades de la personalidad y de otras esferas tal como Epilepsia que complican el cuadro clínico de las mismas.

De este breve análisis podemos deducir que el diagnóstico psiquiátrico es uno de los más complejos, ya que requiere el conocimiento más profundo del sujeto para ser integral o completo, efectuando en cada caso clínico un balance objetivo y preciso de todo lo hallado, evaluando con exactitud todos los datos obtenidos, desechando hasta donde sea posible todo lo de subjetivo que pueda tener el clínico o investigador en la interpretación del caso dado.

De todo esto llegamos a la conclusión de que quien sabe lo más sutil y difícil del diagnóstico psiquiátrico y que solamente la práctica diaria y metódica lo pueden dar, es la diferenciación en un caso dado de los factores endógenos o citoplasmáticos de los exógenos o reactivos, los que muchas veces suelen coexistir en el mismo cuadro clínico, sirviendo en este caso lo endógeno es decir lo heredado, como telón de fondo, confiriendo a lo reactivo un carácter peculiar o propio.

Sólo un minucioso y meditado estudio del caso clínico, por medio de una historia precisa tanto en lo que se refiere al aspecto familiar de la misma, procurando insistir en los rasgos caracterológicos y en el tipo de las reacciones psíquicas de los familiares tanto de la rama directa como de las ramas colaterales, tratando de obtener los datos no solamente por parte del paciente, sino también de otros familiares en capacidad de proporcionar esta clase de informes, complementándolos si es posible con los del servicio social, como al aspecto personal que deberá constituir un verdadero "curriculum vitae". Con respecto a esto último no debe limitarse a obtener datos escuetos y "estáticos", sino procurar la dinámica de los mismos, por la interpretación de las reacciones del sujeto frente a sus conflictos y a situaciones de "Stress" psicológico, por los que ha atravesado en el curso de su existencia. Por último,

los datos de las molestias actuales deben ser los más precisos posibles y complementarse con una buena interpretación de los síntomas o manifestaciones, basada en la observación extrospectiva de la actitud, complementada con apreciaciones vinculadas a la constitución o tipología, lo que muchas veces orienta respecto al carácter, como fuera señalado por KRETSCHMER.

En términos generales nunca resulta suficiente una sola entrevista para la obtención de datos completos, ni tampoco la entrevista a un informante o allegado, sino que se requiere de varios.

Así mismo en muchos casos es indispensable la complementación de los datos clínicos o de observación extrospectiva con determinadas pruebas que en el campo psiquiátrico tienen todo el valor de "Exámenes Auxiliares". Dentro de estas ocupan el lugar más destacado los Tests mentales encaminados a la determinación de los grados de Inteligencia y cociente intelectual y los Tests de la Personalidad de tipo proyectivo como el T.A.T. y el de Rorschach, los que a nuestro parecer deben ser tomados por psicólogos, totalmente ajenos al caso clínico, con el fin de que no medie ninguna interferencia con el clínico psiquiatra evitándose así los factores subjetivos al máximo que interfieran las conclusiones diagnósticas. Los medios de exploración del subconsciente principalmente el narcoanálisis que resulta muy útil cuando es tomado por expertos principalmente en casos de neurosis con poco rapport, por la existencia de trabas o censuras concientes.

Otro método de exploración que ha tomado mucho auge es la exploración electroencefalográfica, la que practicada por técnicos expertos permite muchas veces encontrar ya sea terrenos predispuestos a la convulsividad sin haberla exhibido nunca o bases neurofisiológicas para una explicación de determinadas manifestaciones psicopatológicas sobre todo de la esfera caracterológica, es decir manifestaciones distímicas de tipo endógeno, que no encajan en sujetos neuróticos, aparte de su enorme importancia diagnóstica en los casos de Epilepsia sea esencial o sintomática si nos atenemos a los conceptos clásicos.

En resumen, diremos, que pese a la enorme importancia práctica de todas estas pruebas de carácter clínico a utilizar, ninguna de ellas a nuestro entender, puede sustituir a la clínica psiquiátrica en la aprehensión, comprensión e interpretación de los casos diarios de la práctica, pese a lo de subjetivo que pueda demostrar en ello el clínico.

Hecha esta breve exposición acerca de los medios a nuestro alcance que nos sirven para deslindar lo que hay de endógeno o citoplasmático o de exógeno-reactivo en un caso dado, veamos cual es la importancia práctica de esto. Su importancia práctica es inmensa, pues ello nos permite evaluando en la forma más exacta posible estos dos factores en juego, es decir cuanto hay de cada uno de ellos en el caso en estudio, orientando así en forma precisa nuestra conducta terapéutica, sea sobre la base de psicoterapia analítica, sea mediante el uso de drogas, o de ambos elementos conjuntamente, etc., de lo que indudablemente dependerá el porvenir psiquiátrico del paciente a nuestro cargo, pues si nosotros equivocadamente en un

sujeto epiléptico con distimias endógenas y rasgos hipocondríacos, por ejemplo, lo tratamos como si fuese un pitiático, estaremos perdiendo lastimosamente el tiempo y comprometiendo su porvenir.

De allí por qué nunca se insistirá demasiado en la importancia psiquiátrica de este diagnóstico pluridimensional o integral, tanto para el buen éxito terapéutico a partir del diagnóstico preciso, como para el perfeccionamiento y el desarrollo de la intuición y el buen juicio clínico del médico psiquiatra.

Es por todas estas razones que me ha parecido útil traer al seno de esta docta Asociación Psiquiátrica este sencillo trabajo, basado en la experiencia diaria en el Servicio de Psiquiatría de Tropa del Hospital Militar Central a mi cargo y en el cual ha tomado parte importante el Personal Adjunto y los Internos que se encuentran a mis órdenes inmediatas, habiéndome sido útiles igualmente los consejos y sugerencias del Jefe de la Sección Mayor Carlos Saavedra S.

La enorme cantidad de observaciones clínicas efectuadas en el curso de varios años, me sería imposible traerlas aquí, por lo que solamente mostraré 30 casos perfectamente estudiados y discutidos por el Staff del Servicio en pleno.

Antes de exponer aquí los casos demostrativos de la Importancia de este diagnóstico psiquiátrico pluridimensional y que han sido clasificados como casos "tipo" se hace indispensable recalcar algunos hechos de importancia.

Estas observaciones han sido efectuadas en sujetos jóvenes cuyas edades fluctuaban entre los 18 y los 23 años, constituídos por Clases y Soldados algunos de ellos procedentes de Unidades fuera de Lima, y oriundos de las tres regiones del Territorio Nacional, habiéndose obtenido los datos para las Historias clínicas generalmente por parte de los mismos pacientes y en algunas oportunidades por los Médicos o Enfermeros de las Unidades a las que pertenecía el paciente, así como por el Oficial de su respectiva Sección ó por algunos compañeros de Armas, y en muy raras ocasiones por familiares. Todo esto se debe fundamentalmente a la falta de un Servicio Social Anexo a la Sección de Psiquiatría, perfectamente organizado y en condiciones de proporcionar valiosos datos de los pacientes. Esta labor no obstante, aún el caso de existir un buen Servicio Social, resulta muy ardua, pues se trata generalmente de sujetos que han sido desarraigados de su medio vital y de sus hogares y traídos a Lima, para el cumplimiento de la Ley del Servicio Militar Obligatorio, por lo que sus familiares se encuentran por lo general muy lejos de Lima. Igualmente hay que destacar aquí la falta de un Psicólogo contratado para el Servicio, con el fin de que practique los Tests indispensables como complemento diagnóstico como ya lo señaláramos y por eso no hemos dado importancia a los tests practicados por nosotros mismos.

Con todo, las observaciones clínicas han sido minuciosas y por lo general por lapsos de dos o más meses, con Evoluciones diarias en las Historias

por parte del Personal del Equipo de Psiquiatría en Tropa, procurando la mayor imparcialidad en la discusión e interpretación de los datos obtenidos, por lo que a nuestro entender tienen valor demostrativo de la importancia del Diagnóstico Psiquiátrico Pluridimensional.

Los cuadros polimorfos más frecuentemente observados han sido a base de Personalidades de tipo Psicopático o con rasgos Psicopáticos de la conducta y de la Actitud, que han sido demostrados por el estudio de la herencia y del Curriculum Vitae del sujeto. Los tipos de Personalidades psicopáticas han sido clasificados de acuerdo con la Clasificación de Kurt Schneider, como veremos en los cuadros respectivos. Estas Personalidades coexistían por una parte con la Epilepsia Esencial en sus más variadas formas o tipos es decir desde cuadros convulsivos clásicos hasta formas larvadas en las cuales las alteraciones electroencefalográficas permitieron constatar una verdadera base neurofisiológica que explicaba tanto los "pousses" de tipo distimia endógena, como estados crepusculares. Demás está señalar aquí que fue la Historia clínica integral la que permitió orientar el diagnóstico hacia la Epilepsia o desórdenes disrrítmicos cerebrales, al haber obtenido datos precisos sobre las cenestopatías de carácter paroxismal y la perseveración ideativa que suele acompañarlas. Se hizo un minucioso estudio de los Estados crepusculares en su triple etiología (epiléptica, pitiática, o por alteraciones cerebrales) ya que en muchas ocasiones coexistieron con las Personalidades anormales particularmente de tipo psicopático.

En otras oportunidades hemos observado la coexistencia de Personalidades de tipo psicopático con Epilepsia y Oligofrenia, generalmente del tipo de la Debilidad Mental profunda, la que en algunos casos fue constatada mediante los Tests Mentales correspondientes. Igualmente, hemos visto coexistir estas personalidades psicopáticas con Epilepsia y distimias de tipo exógeno o reactivo de las más variadas características, principalmente de tipo ansioso superficial y supeditadas a condiciones de "Stress" psicológico situacional y en algunos casos a conflictos subyacentes de tipo familiar. Los cuadros reactivos más o menos estructurados también los hemos observado juntamente con la Epilepsia y Personalidad de fondo de tipo psicopático. Estos cuadros tenían su asidero o se vinculaban con conflictos actuales y adoptaban un carácter histérico, hipocondríaco o ansioso y en algunas ocasiones tomaban su material a partir de las cenestopatías paroxismales propias de la Epilepsia Esencial.

Hemos observado también cuadros de reacciones neuróticas de los tipos últimamente señalados coexistiendo con Personalidades psicopáticas y sin Epilepsia, como está señalado en el Cuadro.

Por último, diremos que hemos observado casos de Personalidades psicopáticas que han exhibido verdaderas reacciones psicóticas generalmente de tipo paranoide, con o sin terreno epiléptico, resumidas en el Cuadro.

Con respecto a las Personalidades Neuropáticas verdaderas las hemos observado muy escasamente en nuestro estudio, lo que es debido quien sabe

a factores diversos entre los que juegan un rol importante la muy escasa cultura del elemento de Tropa, y la edad de los sujetos en los que se han hecho las observaciones. Solamente hemos constatado dos casos de Personalidades neuropáticas uno que exteriorizaba una reacción depresivo-ansiosa como objetivación de una Neurosis de Renta y otro que exhibía una típica reacción pitiática, en un terreno Epiléptico, lo que se aprecia en el Cuadro.

Finalmente tuvimos un caso de típicos Estados crepusculares histéricos de inicio que adoptaban la forma de estupor quien en los días siguientes hizo una reacción psicótica de tipo Hebefreno-paranoide de la que fue tratado.

CUADRO NUMERICO DE RESUMEN DE LOS DIAGNOSTICOS EFECTUADOS

Personalidades Psicopáticas con:	
Epilepsia o Terreno Icta-afín	7 casos
Epilepsia y Oligofrenia	3 casos
Epilepsia y Reacciones Neuróticas	9 casos
Epilepsia, Oligofrenia y Reacciones Neuróticas	1 caso
Reacciones Neuróticas Diversas	4 casos
Reacciones Psicóticas, con o sin Epilepsia	3 casos
Personalidades Neuropáticas con:	
Neurosis y Oligofrenia	1 caso
Reacción Neurótica y Terreno Epiléptico	1 caso
Reacción Esquizofrénica con Estados Crepusculares histéricos de inicio	1 caso
TOTAL	30 casos

Como dato de interés práctico en Psiquiatría de Tropa, podemos señalar aquí que los cuadros denominados Psicosomáticos han sido excepcionales, pues cada vez que hemos creído al principio encontrarnos frente a uno de ellos, la herencia, los antecedentes personales, la observación clínica y algunos exámenes complementarios como la Electroencefalografía nos han alejado completamente esta posibilidad diagnóstica.

La importancia de todo lo mencionado estriba en el hecho de tener que encarar la terapéutica de un caso dado en forma científica y racional. Si por ejemplo nos encontramos frente a un sujeto con una personalidad psicopática de tipo inestable que sirve de fondo a un cuadro epiléptico demostrado electroencefalográficamente, y quien en el momento de la consulta exhibe una reacción ansiosa con matiz hipocondríaco, y después de que por su estudio hemos arribado a este resultado, estamos en condiciones de saber que sus rasgos de personalidad psicopática, por ser endógenos o heredados, son inmodificables, y por lo tanto no susceptibles a psicoterapia ni a tratamiento medicamentoso alguno. En cambio el trastorno epiléptico o disrrítmico cerebral demostrado electroencefalográficamente, lo podemos mejorar por medio de los hi-

dantoinatos o los barbitúricos, y que la reacción ansiosa con matiz hipocondríaco que puede ser consecutiva a conflictos actuales o remotos, será susceptible una buena psicoterapia de tipo comprehensivo y analítico, usando las modernas drogas contra la ansiedad como coadyuvantes. Con todo esto habremos hecho un diagnóstico integral y una terapéutica racional con óptimos resultados, lo que constituye el ideal de la medicina moderna. Así también evitamos errores groseros en perjuicio directo del paciente, de nuestro prestigio en general y de la especialidad en particular.

CONCLUSIONES

Cada día se hace sentir más la necesidad de un diagnóstico pluridimensional o integral en clínica psiquiátrica.

Ello se debe a que los cuadros "puros" no se ven en la práctica sino asociaciones de personalidades anormales que sirven como fondo a anormalidades constitucionales del tipo epilepsia u oligofrenia y a veces de cuadros reactivos o exógenos.

Un buen diagnóstico psiquiátrico se fundamenta precisamente en la correcta apreciación tanto cualitativa como cuantitativa de estos factores en juego, procurando establecer en cada caso, si se permite la frase "porcentualmente" cuanto hay de cada uno de estos elementos.

Todo esto tiene gran trascendencia práctica, pues además del desarrollo de la acuciosidad y sentido intuitivo del psiquiatra, permite al mismo tiempo una terapia racional con el consiguiente beneficio del paciente.

Por todo esto consideramos útil en la práctica el diagnóstico psiquiátrico pluridimensional o integral, pues permite desde todo punto de vista una mejoro visión panorámica de los casos clínicos.

Debe propenderse a la aplicación de este tipo de diagnóstico psiquiátrico en los Servicios de Psiquiatría, pues son grandes los beneficios para los pacientes y para los médicos psiquiatras que los asisten.

BIBLIOGRAFIA

1.— CIAFARDO, R. : "Psiquiatría". Editorial Científica Vallardi, Buenos Aires, 1958.
2.— DELGADO, H. : "Curso de Psiquiatría". Imp. Santa María, Lima 1953.
3.— GORRITI, F. : "Histeria" Ed. Ideas. Buenos Aires, 1948.
4.— HORNEY, K. : "La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo". Ed. Médico-Quirúrgica. Diagonal R. S. Peña 615. Buenos Aires, 1945.
5.— JASPERS, K. : "Psicopatología General". Ed. Beta, Buenos Aires, 1955.
6.— SEGUIN, C. A. : "Introducción a la Medicina Psicosomática". Lima, 1947.
7.— SEGUIN, C. A. : "Las Bases de la Psicoterapia", Lima 1948.
8.— STEKEL, W. : "Estados Nerviosos de Angustia y su tratamiento". Editorial Imán, Buenos Aires.
9.— VASCONSELLOS, C. A. : "Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Mentales". Ed. Mundi, Buenos Aires, 1947.

IMIPRAMINA (TOFRANIL) Y ESTADOS DEPRESIVOS

Por BALTAZAR CARAVEDO Y CARLOS CARBAJAL FAURA *

Durante el año 1959 se ha estado ensayando en muchos países una nueva droga antidepresiva de fórmula química N-(gamma-dimetilaminopropil)-imidodibenzil hidroclorhídrico, denominado comercialmente como Tofranil. Esta droga, es un iminodibenzilderivado, cuya estructura se asemeja a la de la promazina.

El núcleo iminodibenzil fue sintetizado por THIELE y HOLZINGER hace 60 años, pero el interés por él recién nació en 1948 en que HAFLIGER (1) comenzó a investigar los compuestos resultantes de la sustitución de los componentes heterocíclicos, estimulado por los alentadores resultados de otros investigadores que hacían un trabajo similar con el grupo de las fenotiazinas y que culminara con el descubrimiento de las propiedades clínicas de la cloropromazina. HAFLIGER halló compuestos con actividad antihistamínica, anticolinérgica y algunos además, con propiedades sedativas y analgésicas. El G 22150 demostró marcadas propiedades hipnóticas, pero de menor potencia que muchos barbitúricos. El G22355 (Tofranil) mostró especialmente un excelente valor terapéutico en el tratamiento de los estados depresivos, condición en la que ni la cloropromazina ni la promazina exhibían actividad terapéutica.

Es singular la similitud de las estructuras de Promazina y Tofranil. Tienen el mismo volumen espacial, idéntica localización de los átomos de N y sólo es diferente el puente entre los anillos bencénicos, que para Promazina lo constituye un átomo S y en Tofranil un grupo $-CH_2-CH_2-$ y que en los modelos moleculares de Tofranil se observa asimetría.

Estas diferencias estructurales evidentemente, son responsables de las diferentes acciones farmacológicas de estas drogas, pero el mecanismo íntimo es aún totalmente ignorado.

Del punto de vista farmacológico, la imipramina posee cualidades espasmolítica y atropínica, que explicaría algunos de los efectos secundarios observados en la clínica (visión borrosa, sequedad de boca, constipación, etc.). No se comporta como un neuroestimulante y tampoco es inhibidor de la aminooxidasa, lo que ha conducido a muchos autores como AZIMA y VISPO (2) a calificarla de "timoléptico" por su específico valor terapéutico en los desórdenes de tipo depresivo. No modifica tampoco la tasa de serotonina cerebral.

---

* Médico Director y Residente, respectivamente, de la Clínica San Isidro, Lima.

El córticograma del gato paralizado es modificado, por disminución de la frecuencia en las ondas y aparición intermitente de spindles, primero en la región occipital y parietotemporal y finalmente en la región sensoriomotora (SIGG E.) (3).

El electroencefalograma de pacientes con depresión tratados con dosis elevadas de Tofranil (300-400 mg. diario) se modificó en el 44% de los enfermos estudiados por ZAPPOLI (4), siendo las modificaciones más importantes una tendencia a la desincronización con reducción del ritmo alfa occipital y acentuación del beta en las regiones anterior y central, y disritmia teta en las regiones anterior y central. También observó en algunos casos disritmia de tipo epiléptico, con aparición de punta onda y en otro grupo acentuación de la disritmia con acentuación del fenómeno de hipersincronismo a la hiperventilación.

BORENSTEIN et DABBAH (5) señalan la aparición de teta localizado en la región temporal; aparición de teta hipersincrónico generalizado; aceleración de la frecuencia alfa. MAX FINK (6) usó Tofranil endovenoso en 28 voluntarios, señalando desincronización y aumento de ritmo teta.

Estas modificaciones electroencefalográficas, han servido de base para ensayar hipótesis sobre el verdadero mecanismo de acción de la droga que se comporta como un neuroestimulante diferente a los demás psicotónicos conocidos, por lo que como dijimos antes se ha preferido denominarlo como un timoléptico, es decir un estimulante del humor.

Respecto a su aplicación en la clínica, las opiniones que se han vertido en la casuística internacional, parten del hecho esencial de la diferenciación y clasificación correcta y cuidadosa de las depresiones. Desde hace varios años y especialmente después de la segunda guerra mundial, se ha prestado considerable atención al fenómeno observado del aumento de los estados depresivos en los hospitales psiquiátricos, servicios, consultorios y dispensarios de la especialidad. Entrarían en juego muchos factores que no es del caso relevar aquí, entre los que destacan los problemas tensionales de la vida cotidiana, el aumento de la población que acrece las posibilidades genéticas y el incremento del número de ancianos por las mayores posibilidades de vida actuales. La Psiquiatría ha ido delimitando y precisando los tipos, aunque permanece latente la llamada dicotomía o polarización de las depresiones en endógena-exógena; agitada-retardada; neurótica-psicótica. LEHMAN (7) ha establecido algún ordenamiento en la confusión respecto al término depresión que se produjo entre los psiquiatras por la introducción de algunas de las nuevas drogas psicoactivas, mediante un análisis del concepto de depresión y proponiendo una clasificación. Sugiere que el término no debe aplicarse solamente a los diferentes grados de complejidad dentro de la misma categoría metodológica es decir, a un síntoma, a un síndrome o a una entidad nosológica, sino también en diferentes niveles metodológicos, el psicológico, el de conducta, y el fisiológico, recalcando que el concepto psiquiátrico de de-

presión comprende también la excitación biológica y la inhibición en el funcionamiento psicofisiológico.

Durante el segundo semestre del año 1959 y los primeros meses del presente año hemos estado tratando los diferentes tipos de estados depresivos con la Imipramina, comercialmente denominado Tofranil. Las experiencias realizadas en otros países nos han mostrado los efectos que el Tofranil ha tenido en los casos en que se ha empleado. HOFF, de Viena, (8) sostiene que el Tofranil produce euforia en los deprimidos y no en los normales, encontrando que los mejores resultados se obtienen con las llamadas depresiones endógenas. Considera que el suicidio es un peligro y una contraindicación para realizar con dicha droga el tratamiento ambulatorio. FREYHAN ha conseguido buenos resultados en el 51% de casos de Ps. maníaco-depresiva, tipo depresivo, y 27% han presentado modificación de los síntomas. El tratamiento que sugiere este autor es entre 30 y 60 días. Según él las mujeres responden mejor que los varones y los jóvenes mejor que los ancianos. DELAY, DENIKER y colaboradores (9) han tratado todo tipo de depresiones y han obtenido un 40% de éxitos con la droga mencionada. Encuentran que los resultados comienzan a manifestarse entre la segunda y la cuarta semana. Creen que los mejores éxitos se obtienen en las depresiones simples. Han encontrado que algunos pacientes resisten la terapia combinada (E.S. Tofranil) sin sufrir modificaciones el cuadro clínico. KIELHOLZ (10) después de una experiencia de 2 años encuentra que los pacientes se recuperan en un 60% de los casos, entre el 3er. día y el 21 día. Cree que la combinación Tofranil E.S. es muy útil. AYD (14) encuentra resultados similares y cree que la dosis standard es alrededor de los 200 mgrs. CAMERON (11) supone que los tratamientos en la depresión pueden dividirse en la siguiente forma: a) psicoterapia en la depresión neurótica; b) terapia con Imipramina en la depresión simple y en las depresiones endógenas discretas y moderadas; c) E.S. en la depresión endógena severa con agitación. CAMERON cree, así mismo, que la Imipramina es de gran valor en el tratamiento de los ancianos que sufren frustraciones y decrecen en entusiasmo.

Otros autores como SCHNEIDER no encuentra diferencia entre la terapia con E.S. y la terapia con Tofranil, suponiendo que los resultados positivos van casi paralelos.

MONTASSUT y col. (12) han trabajado en un grupo de estados depresivos muy diversos, cuyos resultados han sido los siguientes: 1) buenos resultados en los accesos depresivos melancólicos en el curso de una psicosis periódica; 2) resultados menos favorables en las melancolías involutivas o en los estados melancólicos tórpidos; 3) en las depresiones neuróticas ansiosas ha tenido buenos resultados, especialmente en la psicastenia. Este autor no puede obtener una conclusión valedera del tratamiento de la histeria con Tofranil. MONTASSUT y col. señalan que algunos enfermos comprueban rápidamente su mejoría, en tanto que otros no lo reconocen durante mucho tiempo, pese a que el personal médico y auxiliar lo comprueban de las observa-

ciones diarias del paciente. Señalan estos autores que la mejoría del estado tímico trae aparejada la desinhibición psicomotriz, por lo que aumenta notablemente el peligro al suicidio, pese a la mejoría inicial que pueda experimentarse en algunos pacientes. Estos, al igual que HOFF señalan el peligro del tratamiento ambulatorio de estos pacientes con ideas de suicidio.

FOTEL-ANDERSEN y GEERT-JORGENSEN (13) han empleado el Tofranil en las depresiones endógenas y han encontrado que: a) no hay diferencias entre varones y mujeres en cuanto acción y resultados; b) que los efectos de la droga sobre la esfera emocional puede apreciarse entre los 16 y 18 días y c) que después de la tercera si no se aprecian cambios en el cuadro clínico la droga no produce efectos positivos al continuarse su administración. Estos autores creen que el Tofranil tiene excelentes resultados en las depresiones endógenas e igual o superior acción al E. Shock.

KUNZ trató depresiones endógenas, depresiones seniles y depresiones menopáusicas con Tofranil durante un período que osciló entre 10 y 14 semanas. Este autor encontró que el Tofranil mejora los síntomas depresivos, la agresividad, la disposición del ánimo, la actividad psicomotora y poder del pensamiento.

HANSON y PUNEL (15) trataron varios tipos de depresión y encontraron que el tratamiento con Tofranil pone en evidencia lo poco deseados que son los tratamientos físicos por los pacientes. Estos autores sugieren que no se use el Tofranil en los sujetos con Epilepsia manifiesta o latente o ante la presencia de arterioesclerosis avanzada.

Todos los autores que han empleado la droga, conocida como Tofranil, tienen cada uno de ellos un esquema de administración particular. No hay preferencias por la vía a usarse, ya sea esta parenteral u oral. Por los datos que estos autores exhiben no hay diferencia en la acción, cualquiera que sea la vía. Algunos, como HOFF o MONTASSUT emplean primero la vía parenteral y luego van substituyendo esta progresivamente por la vía oral. Las dosis que indican van desde los 50 mgrs. iniciales, y dosis de 0.75 diarias en promedio, hasta 450 mgrs. en algunos casos. Es evidente que cuanto mayores han sido las dosis y más intenso el tratamiento las reacciones secundarias han aparecido muy pronto y han variado en intensidad. Es evidente (que cuanto mayores han sido las dosis) como lo señala WORTIS que casi todos los investigadores clínicos refieren como síntomas secundarios más frecuentes los siguientes: sequedad de la boca, trastornos de la acomodación, jaqueca, flojera, temor, sudores, trastornos gastro-intestinales, sed, insomnio, prurito, parestesias, disartria y glositis. Mucho más raramente se presentan convulsiones epilépticas, confusión, alucinaciones o estados hipomaníacos.

En nuestra experiencia clínica los efectos secundarios que hemos observado han sido muy atenuados por el hecho de usar una dosis muy discreta en la administración del Tofranil. Rara vez hemos pasado de los 200 mgrs., tanto por vía oral como por vía parenteral. Lo más frecuente ha sido en nues-

CUADRO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON IMIPRAMINA

Nº	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Dosis oral		Tiempo de enfermedad	Tiempo de tratamiento	Resultados
					Inicial	Máximo			
1	H. de R.	21	F.	Depresión reactiva	75 mg.	75	1 mes	3 meses	C. M.
2	X. X.	32	F.	Depresión endógena crónica	75 mg.		6 años	3 meses	C. M.
3	X. X.	25	F.	Depresión reactiva	75 mg.	100	3 días	1 sem.	C. M.
4	X. X.	38	F.	Depresión endógena crónica	75 mg.	100	3 meses	3 meses	M. N.
5	N. B.	65	M.	Depresión involutiva	75 mg.	75	4 meses	1 mes	M. D.
6	M. C.	48	M.	Depresión reactiva	75 mg.	150	1 mes	4 sem.	C. M.
7	A. N.	61	M.	Depresión involutiva	75 mg.	225	3 meses	2 sem.	M. D.
8	N. N.	52	F.	Depresión endógena	75 mg.	150	20 días	2 meses	C. M.
9	A. G.	36	M.	Depresión endógena	75 mg.	200	1 mes	2 sem.	C. M.
10	L. L.	30	F.	Depresión reactiva	75 mg.	150	2 meses	1 mes	C. M.
11	J. Ch.	40	F.	Depresión melancólica	75 mg.	150	1 mes	2 meses	C. M.
12	X. X.	58	M.	Depresión reactiva	75 mg.	150	2 meses	40 días	C. M.
13	L. L.	65	M.	Depresión reactiva	75 mg.	150	3 meses	3 meses	M. N.
14	E. P.	56	M.	Depresión reactiva del celotipo	75 mg.	150	3 meses	4 meses	M. N.
15	A. G.	30	F.	Depresión reactiva	75 mg.	150	2 sem.	1 mes	M. N.
16	K. O.	43	F.	Depresión endógena	75 mg.	150	1 año	3 meses	M. N.
17	A. C.	57	F.	Depresión endógena	75 mg.	150	1 mes	1 mes	C. M.
18	E. M.	26	M.	Depresión reactiva	75 mg.	200	1 mes	2 meses	C. M.

tra observación la sequedad de la boca, la sed, la flojera, los trastornos de la acomodación y en un caso se presentaron síntomas hipomaníacos. Hemos observado en casos tendencia, rápidamente controlada, al suicidio, luego de la administración del Tofranil.

Vamos ahora a exponer nuestras observaciones clínicas sobre un grupo de pacientes presentando como cuadro clínico un síndrome depresivo.

MATERIAL Y METODO

Fueron tratados con Tofranil 18 pacientes, todos ellos presentaban síndrome depresivo. Diez fueron mujeres cuyas edades fluctuaron entre los 21 y los 57 años y ocho hombres, entre los 26 y 65 años.

Los diagnósticos de los pacientes tratados, fueron depresión reactiva 7 casos (3 hombres y 4 mujeres); depresión endógena 7 casos (6 mujeres y 1 hombre); depresión involutiva 2 casos (hombres); y 2 casos de depresión con inicio de una psicosis paranoide.

La forma como se efectuó el tratamiento consistió en una dosis inicial de 75 mg. al día en tres dosis, sea por vía oral o inyectable. Diariamente se aumentó 25 mg. hasta alcanzar casi siempre 150 mg. dosis que generalmente fue mantenida. En algún caso se sobrepasó hasta alcanzar 225 mg. diariamente. La mayor parte de los casos fue tratado con Tofranil como medicación de fondo, aunque en dos casos fue necesario asociar con algunas sesiones de electroplexia y en dos casos con levopromazina.

En las formas de depresión reactiva simultáneamente se utilizó psicoterapia propiamente dicha.

En dos casos al desaparecer el síndrome depresivo que en ambos llegó a niveles muy patológicos defensivos (suicidio frustro), se puso en evidencia rico delirio paranoide que en un caso cedió a la cloropromazina y en el otro permaneció inmodificable. En los dos casos se trataba de estados paranoides subyacentes que habían sido ocultados cuidadosamente por los pacientes y que afloraron sólo después del tratamiento con Tofranil.

Caso Nº 1.—Paciente de sexo femenino, de 21 años de edad, ocupación su casa. Diagnóstico: Neurosis obsesiva-depresión que se presenta en el curso de su obsesión. Había sido tratada previamente con insulina, obteniéndose resultados poco satisfactorios. Se comenzó a usar Tofranil a la dosis de 75 mgrs. por día. Se comienza a observar mejoría después de la segunda semana de tratamiento. Se le mantiene con esta dosis durante tres meses con resultados muy satisfactorios. Reinicia su vida de hogar en forma normal. Cuando comenzaron a acentuarse los síntomas, después del primer parto, no había querido ocuparse de nada de lo concerniente a la crianza del niño. Había sentimiento de incapacidad para los trabajos propios de la maternidad, sentimiento de extrañeza frente al niño. Después de comenzar el tratamiento con Tofranil a las dosis indicadas, que comenzó estando por finalizar el tratamiento con insulina, la paciente empezó a mejorar dos semanas después de ingerir la dosis arriba indicada. Después de tres meses de tratamiento ha vuelto a sus labores caseras y está ocupándose de su familia. Los síntomas de incapacidad, irritabilidad, insomnio, angustia, discreta anorexia, han cedido totalmente y hoy lleva vida normal. La dosis de sostenimiento en la actualidad es de 50 mgrs. al día.

Caso Nº 2.—Paciente de sexo femenino, edad 32 años, raza blanca, tiempo de enfermedad desde hace 6 años. Diagnóstico: Depresión crónica. Deprimida, desganada, deseos de llorar constantemente, fatiga matinal, quiere estar aislada, sueño intranquilo, ha bajado de peso y hay falta de apetito. Dosis: 75 mgrs. al día. Mejoría a las tres semanas. Después de dos meses de tratamiento la paciente aprecia marcada remisión de sus síntomas y su actividad ha ido en aumento. Ha aumentado de peso y el apetito está recobrándose paulatinamente. El sueño actualmente es bueno. Después de tres meses de tratamiento está con una dosis de sostenimiento de 50 mgrs. Puede decirse que está en condiciones sociales buenas y que su remisión es casi total.

Caso Nº 3.—Paciente de sexo femenino, 26 años de edad, su casa. Depresión reactiva simple, de situación. Problemas familiares constantes. Trastornos del ánimo, tendencia al llanto, anorexia y astenia muy marcadas. Se le administraron 100 mgrs. durante 24 horas y en un período total se le dieron 200 mgrs. en 48 horas. La remisión fue completa habiendo experimentado la paciente inmensa alegría al final de estos dos días. No quizo seguir tomando la droga y después de dos meses sin tratamiento no ha vuelto a experimentar ningún síntoma.

Caso Nº 4.—Paciente de sexo femenino, edad 38 años, contadora. Depresión crónica. Sintomatología: depresión, apatía, pérdida del interés por la vida social. Lleva vida muy retraída, trabaja con desgano, aunque cumple con sus obligaciones. Ha recibido previamente E.S. y cloropromazina sin resultado. Se comenzó con 100 mgrs. de Tofranil, después de un mes la familia reconoce que ha experimentado cambio en su conducta social. Se aprecia que la depresión ha disminuído y que hay mayor interés por su trabajo. Después de cuatro meses de tratamiento la paciente experimenta cambio de su conducta, aunque los síntomas fundamentales no han desaparecido. La dosis de sostenimiento ha sido de 75 mgrs. La mejoría ha sido parcial.

Caso Nº 5.—Guardián en una fábrica, edad 56 años. Síntomas depresivos a raíz de un incidente con un grupo de obreros. Recurre al alcohol. Los síntomas se acentúan y es hospitalizado en estado de coma barbitúrico por intento de suicidio (2 gramos de Nembutal). Después de la desintoxicación se inicia tratamiento con Tofranil. Desaparecen los síntomas depresivos al cabo de 40 días, pero la elevación del tono le permite exteriorizar ideas celotípicas que venía escondiendo desde hacían cerca de tres años. En este caso el Tofranil fue útil para combatir el estado depresivo y para lograr una mejor comunicación de los reales síntomas del paciente, que al ser desinhibido manifiesta ideas que hasta el momento había logrado ocultar cuidadosamente. El paciente fue observado durante cuatro meses más. No se repitieron las manifestaciones depresivas pero el delirio celotípico permaneció inmodificable. Depresión reactiva. Delirio celotípico.

Caso Nº 6.—Sr. A. N. Gerente de fábrica, edad 61 años. En 1951 depresión a raíz de la muerte de su esposa. Inició alcoholismo hasta 1958 en que fue separado del puesto. Fue sometido a tratamiento antialcohólico con éxito. En enero de 1959 es readmitido en el trabajo aunque en condiciones diferentes y en distinto giro. Recayó en la bebida, se le ve desanimado triste sin interés por nada, con pensamientos penosos, recuerdos tristes, sentimiento de incapacidad, insomnio, deseos de morir. Tofranil 75 mgrs. de inicio, se aumenta a 25 mg. diariamente hasta 400 mg. sin resultado durante las primeras cuatro semanas. Al cabo de ocho semanas aún persisten algunos síntomas, aunque evidentemente ha mejorado. no existe ideas de suicidio y su tono es bueno. Sin embargo irritable y ansioso. Es necesario recurrir al tratamiento E. Choque. Depresión endógena. Remisión parcial.

Caso Nº 7.—Sra. A. G., edad 30 años, ocupación su casa. Neurosis histérica crónica. Desarrolló ansiedad, ideas de culpa sentimiento de insuficiencia, tristeza, deseos de mo-

rir, que culminan en un intento genuino de suicidio utilizando barbitúricos. Después de la desintoxicación recibe 100 mg. diarios de Tofranil, obteniéndose la remisión de los síntomas, a los 20 días. Depresión reactiva.

Caso Nº 8.—Sr. A. G., edad 30 años, cobrador. Síntomas depresivos graves durante un mes antes de consultar. Grave adelgazamiento, posimismo, ideas nihilistas, tristeza. Tofranil inyectable 75 mg. de inicio hasta 200 mg. diarios. A los 40 días es dado de alta continuándose tratamiento ambulatorio oral. Se obtuvo remisión de los síntomas y notable aumento de peso. Se presentaron síntomas secundarios, notable sudoración, trastornos de la acomodación, sequedad de boca y taquicardia. Depresión endógena.

Caso Nº 9.—Sra. K. O., japonesa de 43 años. En 1953 primer episodio de depresión, sin elemento desencadenante conocido. En Marzo de 1959, muere uno de sus 8 hijos ahogado en un río. Reacciona con síntomas depresivos graves, llegando al mutismo, negativismo y casi el estupor melancólico. Recibe 15 aplicaciones de E. Choque, mejorando notablemente. Es dada de alta el 25 de Julio de 1959. Los familiares la conducen nuevamente en Noviembre del mismo año con síntomas similares a los del primer ingreso. Se inicia Tofranil inyectable 75 mg. diarios, aumentando 25 diariamente hasta 150 mg. Una semana después habían remitido la mayoría de los síntomas. La mejoría se estabilizó no consiguiéndose nuevos progresos. Fue necesario aplicar 5 E. Choque obteniéndose remisión completa. Depresión endógena.

Caso Nº 10.—Sta. L. L., edad 30 años, empleada. Para solucionar su situación económica, se vio obligada a trabajar en clínica psiquiátrica dirigiendo los juegos de conjunto de enfermos mentales. Le disgusta la relación con éstos. Progresivamente se le nota ensimismada, triste, retraída, sentimiento de incapacidad, llanto fácil, insomnio y anorexia. No es capaz de seguir trabajando. Se hospitaliza. Recibe 20 aplicaciones de Electro Choque, obteniéndose remisión parcial. A los cuatro meses del inicio de la enfermedad se utiliza Tofranil 75 mg. oral, aumentando 25 mg. diarios hasta 150 mg. diarios. Después de una semana los síntomas remiten. Al mes es dada de alta. Curada. Depresión reactiva.

Caso Nº 11.—Sr. M. C., chofer de 45 años, divorciado. Su matrimonio duró apenas 1 año. Después de 20 años, decide casarse con una muchacha 25 años menor que él. Su único hijo a quien ama profundamente y que se encuentra en tratamiento psiquiátrico por síntomas obsesivo-compulsivos manifiesta su desacuerdo. En vísperas del matrimonio se ponen de manifiesto síntomas depresivos y psicosomáticos. Tofranil 75 mg. oral de inicio y posteriormente aumentó diario de 25 hasta 150 mg. A los 30 días de tratamiento los síntomas habían remitido. Es dado de alta sin síntomas. El paciente al sentirse bien no continúa el tratamiento. Recae al cabo de un mes. Se reinicia el tratamiento obteniéndose la remisión. Depresión reactiva.

Caso Nº 12.—Sr. N. B. Abogado, 65 años de edad. Síntomas depresivos durante 4 meses. Tofranil siguiendo el esquema. Remisión completa en dos semanas. Depresión involutiva.

Caso Nº 13.—Sra. J. Sch. Profesora de idiomas. Psicosis maniaco-depresiva. Cinco episodios en los últimos diez años. Los tres últimos tipo depresión melancólica, cedieron a tratamiento electroconvulsivo, requiriendo un promedio de 45 días de hospitalización. El último episodio es tratado con Tofranil siguiendo el esquema. Es dada de alta en muy buenas condiciones al cabo de 25 días. Psicosis maniaco-depresiva, tipo depresión melancólica.

Caso Nº 14.—Sr. A. G., policía, 58 años de edad Casó con una señora de nivel social algo mejor que el propio, cuando la 2ª de sus tres hijas logró ennoviarse con un mé-

dico, le reprochaban su condición de policía que consideraban a menos y se acercaron a la familia de la madre. Le prohibieron que usara el uniforme en la casa y cuando se cruzaban con él en la calle pasaban como si no lo conocieran pues deseaban ocultar al novio la ocupación del padre. Este se desmoralizó, se tornó triste, deseaba huir primero y posteriormente deseaba morir, lloraba a solas, aún durante el servicio se encontraba que las lágrimas asomaban a sus ojos. Se le concedió licencia y se inició Tofranil según el esquema. Después de 40 días los síntomas habían desaparecido y logró imponerse en el hogar. Depresión reactiva.

Caso Nº 15.—Sr. Ll., ingeniero, 65 años de edad, ocupa posiciones directivas en la enseñanza universitaria. Posteriormente político. Desde hace tres años síntomas obsesivo-compulsivos graves que lo llevaron al invalidismo. Desde seis meses desánimo, pesimismo, ideas de que no va a curar nunca, insomnio, estreñimiento, aislado, ansioso, labilidad emocional. Cura con Tofranil según esquema durante un mes sin resultado. Se asocia con Levopromazina 75 mg. diarios. Notable mejoría, desaparecen los síntomas depresivos y consigue volver a concurrir a reuniones de directorio. Además mejoran simultáneamente muchos síntomas compulsivos. Depresión en el curso de neurosis obsesiva.

Caso Nº 16.—N. N., religiosa, 54 años, dedicada a la enseñanza. Ingresó en Noviembre de 1959 sin motivo aparente en un estado de apatía y tristeza que llamó la atención a las demás religiosas. Pérdida de interés por todo. Abandonó toda actividad y se enclaustró en su habitación. Negativismo, estupor catatónico. Tratamiento con Tofranil según esquema. A los 15 días los síntomas habían remitido, ante el asombro de sus compañeras de congregación. Depresión endógena.

Caso Nº 17.—Sra. A. C., s/c. edad 57 años. Episodio de depresión endógena. Antecedentes familiares ricos en síntomas del núcleo cicloide. Predomina la inquietud, ansiedad y a la vez tristeza. Dramática remisión de los síntomas en ocho días. Tofranil según esquema. Depresión endógena.

Caso Nº 18.—Sr. E. M., técnico dental, edad 26 años. Poco después de serle descubierto un pequeño robo (el primero que efectuó en su vida y el único) aparecen ideas de culpa intensa, de haber cometido una gran falta, piensa que irá a la cárcel y quizás hasta lo fusilen. Llora todo el día, apático, retraído, temeroso, intentó suicidarse ingiriendo sustancia química. Al tercer día se inicia con Tofranil ampollas según esquema, hasta 200 mgrs. A los 30 días ha desaparecido la sintomatología depresiva, pero surge rica sintomatología paranoide en forma de delirio agudo, que cede agregando cloropromazina al tratamiento. El diagnóstico de depresión en este caso fue hecho en Junta médica. Depresión, psicosis paranoide.

RESULTADOS

Los resultados del tratamiento han sido evaluados de acuerdo a la respuesta clínica en cuatro categorías: curados, muy mejorados, parcialmente mejorados y sin mejoría alguna.

En todos los casos hubo algún beneficio. Los pacientes diagnosticados como portadores de depresión endógena se beneficiaron todos, pues de los 7 casos fueron considerados 4 como curados y 3 considerablemente mejorados, habiendo evolucionado dos pacientes, ambas mujeres, en forma sorprendentemente dramática por la rapidez de la evolución (7 y 10 días) (casos 16 y 17).

Los pacientes con depresión reactiva fueron todos beneficiados. Fueron considerados 6 como curados y 1 como muy mejorado. En todos desaparecieron los síntomas y pudieron reintegrarse al trabajo rápidamente. Algunos fueron tratados ambulatoriamente.

En dos casos de depresión involutiva, sólo se obtuvo la remisión parcial de los síntomas.

Considerando en conjunto todos los casos, vemos que el 61% de los pacientes con síndrome depresivo de algún tipo, han sido calificados como curados, después del tratamiento con Tofranil; el 27% como muy mejorados y el 11% como parcialmente mejorados. Todos los pacientes se beneficiaron en algún grado.

BIBLIOGRAFIA

1.— HÄFLIGER, H. : Chemestry of tofranil. Canad. Psychiat. Ass. J. 569-75, 1959.
2.— AZIMA, H. VISPO, R. H. : Imipramine, a potent new anti-deppressant compound. Amer J. Psychiat. Pág. 115-245, 1958.
3.— SIGG E. : Pharmacological studies with Tofranil. Canad. Psychyat. Ass. J. SS. Pág. 575-585, 1959.
4.— ZAPPOLI R. : Rilievi elettroencefalografici in pazienti affetti da distimia depressiva trattati con Tofranil. Riv. Sper. di Feniatria. Vol. LXXXIII, f. 2o., 1959.
5.— BORENSTEIN P. et BABBAH M. : Action du tofranil (G22355) sul l'electroencephalogramme. Ann. med. psychol. 5, Mai, 1959.
6.— FINK M. : Electroencephalographic and behavioral effects of Tofranil. Canad. Psychiat. Ass. J. S. S. S166-S171. Mar, 1959.
7.— LEHMAN H. : Psychiatric concepts of depression: nomenclature and classification. Canad Psychiat. Ass. J. S. S. S1-S12. Mar, 1959.
8.— HOFF H. : "Indication for electro-shock, tofranil and psychotherapy in the treatment of depression psychosis. Canad. Psychiat. Ass. J. S55-S68. Mar. 1959.
9.— DELAY, DENIKER P. et col. : Etude de l'efficacite de l'imipramine (G22355) dans le traitment des etáts depressives. Ann. Med. Psy. T. L. 521-530, 1959.
10.— KIELHOLZ, P. : Drug Treatment of deppressive States. Canad. Psychiat. Ass. J. 4, 138, 1959.
11.— CAMERON, E. : The use of tofranil in the aged. Canad. Psychiat. Ass. J. 4, 160-165, 1959.
12.— MONTASSUT et col. : Essai d'interpretation clinique de l'action de l'imipramine (Tofranil) Ann. Med. Psychol. 117 anne'e T2 No. 2 (1959).
13.— FOTEL-ANDERSON K. GEERT-JORGENSEN E. : Ugestkrift for laeger. Jul. 1959. 121-1091-1094. Copenhagen.
14.— RYD, J. : Discussion. Canad. Psychiat. Ass. J. Vol. 4, S. S. S129-S137.
15.— HANSON y PUNELL : Svenka Lakartidningen. May. 22, 1959.

ALCOHOLISMO EN EL SEXO FEMENINO

Por RAÚL JERÍ *

El alcoholismo en el sexo femenino es bastante raro entre nosotros, a pesar de la liberación económica y familiar de la mujer, que ya participa en la vida nacional en igualdad de condiciones con los varones. En 168 casos de alcoholismo, observados por el autor en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Policía y en el consultorio privado, sólo se encontraron 8 ejemplos de alcoholismo en mujeres (JERÍ, 1957). Incidencia tan escasa debe tener alguna explicación. Podría pensarse que la serie estudiada no es una muestra representativa. Pero la verdad es que la consulta externa del Departamento de Psiquiatría de nuestro Hospital, y el consultorio particular del autor, cuentan con una asistencia de pacientes que está en proporción de dos mujeres por cada hombre. En nuestra país sigue siendo mayor la asistencia de las mujeres a los consultorios médicos, conducta motivada por la mayor preocupación de ésta por la salud y por el escaso tiempo que los hombres tienen para asistir a los consultorios y hospitales. Generalmente los varones concurren a los nosocomios cuando están muy enfermos, o cuando son llevados por sus familiares. Naturalmente que muchos de los alcohólicos examinados en el Hospital de Policía, son referidos de todos los confines del país, por los médicos del Servicio de Sanidad respectivo. Pensamos, pues, que el grupo que presentamos en este trabajo es bastante representativo.

CARACTERES GENERALES DE LA SERIE ESTUDIADA

En la serie que mencionamos existían pacientes de los cuatro grupos raciales que se dan con mayor frecuencia en el Perú. El 64.9% eran de raza mestiza, el 26.2% de raza blanca, indígena el 6.5%, negros el 1.2% y amarillos el 1.2%.

Con referencia a la clase social, predominaban los de condiciones económicas modestas. Hemos dividido nuestra serie en cuatro clases sociales, que denominamos I, II, III y IV. La clase primera, formada por aquellos individuos de posición económica holgada, dueños de establecimientos comerciales, profesionales o sujetos con fortuna personal, constituían el 8.9% de nuestra casuística. Pertenecían a la clase social II, el 26.8%; esta clase estaba cons-

* Médico Jefe, Departamento de Psiquiatría, Hospital de Policía, Lima.

tituída por personas que tenían un salario adecuado para la manutención de sí mismos y de una familia reducida, la formaban por lo tanto empleados, oficiales de la Guardia Civil y pequeños propietarios. La clase social III estaba conformada por sujetos que tenían emolumentos notoriamente deficientes para afrontar los gastos de manutención, del hogar y educación de los hijos. Estos hombres eran guardias civiles, soldados de la Guardia Republicana, obreros y empleados domésticos. La mayor parte de los alcohólicos de nuestra serie correspondían a este grupo, donde anotamos 101 personas o sea el 60.1%. La clase social IV estaba conformada por individuos dependientes, incapacitados de sobrevivir con sus propios medios.

La distribución con respecto a las edades estaba concentrada en las décadas 3ª, 4ª y 5ª. El 1.2% de nuestros enfermos tenía menos de 20 años, el 20.8% estaba entre los 21 y los 30; el 30.9% entre los 31 y 40; el 30.4% entre los 41 y 50. La incidencia disminuía a 13.7% en la sexta década y a 3% en la 7ª.

La serie estudiada ha presentado considerable variedad de formas clínicas de alcoholismo. En este grupo hemos excluído los casos de intoxicación alcohólica aguda. En consecuencia, los síndromes atribuíbles al etilismo comprendían observaciones en alcohólicos inveterados. Los mayores porcentajes estaban representados por pacientes que presentaban alcoholismo crónico, que sumaban 121 casos o sea 73.2%; los demás presentaban otros cuadros clínicos asociados a la adicción, es decir embriaguez patológica 13.7%, delirium tremens 12.5%, dipsomanía 10.7%.

El examen psiquiátrico de los pacientes reveló que la mayor parte de ellos padecían de gran variedad de perturbaciones psicopatológicas. El 20.8% de los casos presentaba signos de disturbios crónicos de la personalidad, clasificables como perturbaciones de la estructura del carácter (personalidades inadecuadas, esquizoides o paranoides). En menor proporción existían disturbios de ciertos rasgos de la personalidad, tales como tipos pasivo-agresivos y ciclotímicos. El 9.5% mostraban signos definidos de reacciones neuróticas, especialmente depresivas. El 5.9% padecían de reacciones psicóticas, de tipo paranoide. El 4.8% de diversos síndromes cerebrales crónicos (demencias) y la misma proporción tenían manifestaciones electroclínicas de epilepsia. El 3.5% sufrían de reacciones esquizofrénicas y el 4.2% de desviaciones sexuales. Una proporción menor del 2% se notaba en casos de depresión involutiva, adicción a otras drogas, cisticercosis cerebral, tumores cerebrales, síndromes post-conmocionales, hemorragias sub-aracnoideas, hematomas sub-durales, neurosífilis y psicosis maníaco depresiva.

Ciertas afecciones orgánicas extraencefálicas, como por ejemplo tuberculosis pulmonar, diabetes mellitus, úlcera gástrica o duodenal, asma bronquial, hipertensión arterial y arterioesclerosis generalizada; estaban frecuentemente asociadas al hábito etílico en esta serie. La breve revisión que antecede nos permite afirmar que el grupo de alcohólicos estudiados representa, probable-

mente, una muestra significativa de bebedores crónicos del Perú. A continuación expondremos algunos datos de las mujeres que se nos ha referido por adicción alcohólica crónica o excesiva sintomática, dentro del grupo total que hemos analizado.

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES ALCOHOLICAS

Se trata de un grupo de 8 mujeres (ver tabla), cuyas edades variaban de 21 a 46 años, 6 eran de nacionalidad peruana y dos extranjeras, 4 tenían rasgos étnicos del mestizaje común en nuestra costa (indio con blanco; indio, blanco y negro) y 4 eran de raza blanca. Todas ellas daban una historia de fuerte ingestión de bebidas alcohólicas, cuando menos desde 6 años atrás. La mayor parte podían catalogarse como alcohólicas crónicas, pero 3 eran bebedoras sintomáticas excesivas, y una correspondía a la categoría de los dipsomaníacos. El examen psiquiátrico reveló que todas ellas tenían graves perturbaciones psicopatológicas, que en todos los casos se remontaban hasta la infancia de las enfermas. En consecuencia, todas las integrantes de este grupo mostraban desórdenes de la personalidad, a los que, en años recientes, se agregaron cuadros nosográficos diversos. Dos desarrollaron reacciones esquizofrénicas de tipo paranoide, una, a los 14 años de edad y otra, a los 28. Una enferma, de 40 años, presentó durante el período de observación, que ha durado tres años, varios episodios de psicosis paranoide, que remitieron con electrochoque y clorpromacina. Dos pacientes hicieron cuadros psicóticos confusionales, de varios días de duración, en relación con ingestión excesiva de alcohol o con la ingesta de disulfiram, empleado para el tratamiento del alcoholismo. Una enferma presentó varios brotes maníaco-depresivos y tres mostraron, durante algún momento de sus vidas, crisis de embriaguez patológica. Ninguna de las enfermas era hija única, ni la más mimada de la familia. Seis enfermas presentaban evidencias de disturbios en el funcionamiento de las glándulas endocrinas, 4 tenían cierto grado de obesidad y 2 mostraban considerable delgadez durante la mayor parte de sus vidas. Cuatro daban una historia de alteraciones menstruales, la mayor parte hipomenorreicas.

Todas las clases sociales están representadas en el grupo de mujeres que presentamos en este trabajo. Tres pertenecían a la clase social I, una a la clase social II, dos a la clase social III y dos a la clase social IV. En contraste con los varones, existía pues una distribución más o menos regular de los casos en los cuatro grupos sociales.

En cuanto al credo religioso, 6 enfermas eran católicas y dos pertenecían a religiones protestantes.

Aparte de los disturbios endocrinos, que hemos mencionado hace un momento, dos de las enfermas tenían signos de enfermedades orgánicas. Una de ellas, de 40 años de edad, había sido tratada en dos oportunidades por pleuresía y tuberculosis pulmonar. Otra de las pacientes, de 46 años, padecía desde hacían 12 años de diabetes mellitus, de moderada severidad.

CARACTERES CLINICOS DE 8 CASOS DE ALCOHOLISMO EN EL SEXO FEMENINO

Caso	Clase social	Religión	Nacionaliadd	Raza	Edad	Años de alcohólico	Forma clín. alcohólica	Diagnóstico psiquiátrico	Enfermedad asociada
1	IV	C	P	M	46	20	Crónico	Psicosis maníaco depresiva	Endócrina
2	I	P	E	B	29	10	Crónico	Esquizofrenia paranoide	Endócrina
3	IV	C	P	M	40	15	Crónico	Psicopatía, psicos. confusion.	Endócrina
4	III	C	P	M	21	7	Crónico	Esquizofrenia paranoide	TBC
5	III	C	P	M	40	16	Crónico	Psicosis paranoide recidivante	Endócrina
6	I	C	P	B	42	8	Crónico	Psicópata	Endócrina
7	I	C	P	B	44	11	Crón. dips.	Psicópata psicosis, confusional	Endócrina
8	II	P	E	B	31	7	Dipsoman.	Psicopatía	Endócrina

Religión = C, Católica; P, Protestante.
Nacionalidad = P, peruana; E, extranjera.
Raza = M, mestiza; B, blanca.

COMENTARIO

Si comparamos el grupo de los varones con el grupo de las mujeres, comprobaremos que existen algunas diferencias sociales y psicológicas en ambas series. En los varones predominan los hijos únicos, los mayores o los más mimados. En las mujeres, se trata generalmente de pacientes que ocupaban lugares intermedios en la familia y ninguna de ellas era la más querida por los padres. Los hombres alcohólicos estaban distribuídos en todos los grupos raciales, predominando los mestizos, de acuerdo con la distribución general de la población peruana. En las mujeres, había igual proporción entre personas de raza blanca y de raza mestiza, lo que estaba en contraste con el índice racial general de la comunidad, donde hay predominio numérico considerable de mestizos. Lo que quiere decir que probablemente las mujeres de raza blanca tienen mayor predisposición al hábito etílico.

Hemos visto anteriormente que existía franco predominio del grupo social III en la distribución general de los etílicos varones. En los pacientes de sexo femenino, la proporción es sensiblemente igual en las diversas clases sociales, lo que posiblemente indica que existe predisposición de los grupos sociales independientes para dar mayor número de mujeres alcohólicas.

Hemos mencionado que existía distribución más o menos uniforme de alcohólicos en las décadas 3ª, 4ª y 5ª. En las mujeres la proporción sigue la regla general observada en los hombres.

KASTLER-MAITRON y BURKHARD han estudiado el alcoholismo femenino en el área de Estrasburgo. La etiología de sus casos comprendería factores internos y factores externos. Los factores internos estarían dados por elementos hereditarios, psicosis, neurosis y perturbaciones endocrinas. Los factores externos se hallarían condicionados por el ambiente familiar, los conflictos emocionales y la orfandad. Los factores de grupo serían menos importantes en las mujeres que en los hombres.

En una revisión, hecha en las historias clínicas de los varones alcohólicos, pudimos comprobar que existía incidencia muy elevada de perturbaciones psicopáticas y neuróticas en los miembros femeninos de sus familias, en cambio, la cifra de mujeres alcohólicas era sensiblemente igual a la de las familias de control. Esto quiere decir que, si bien los factores psicológicos son importantes en la génesis del alcoholismo, en las mujeres es necesario que actúen otros elementos causales para condicionar el hábito etílico. De los datos que antecede resulta evidente la mayor frecuencia de perturbaciones psicóticas en las mujeres que en los hombres. Esto estaría indicando una fragilidad mayor de la personalidad de las mujeres que se entregan a la adicción alcohólica. En otras palabras, las mujeres alcohólicas generalmente presentan perturbaciones psicopatológicas más graves que los hombres.

El factor social nos parece que tiene cierta importancia en el control de la afición por el alcohol etílico en la mujer. Es interesante observar, en las reuniones sociales de la costa, el sistemático rechazo de las bebidas alcohóli-

cas por las mujeres de las clases sociales II y III. El conocimiento intuitivo de que las bebidas alcohólicas disminuyen las inhibiciones, y predisponen por tanto a un comportamiento erótico más libre, es posible que determine la abstención alcohólica en las mujeres jóvenes. Entre nosotros es cosa corriente que las mujeres casadas o maduras beban más que las jóvenes. En las clases sociales extremas, es decir en las I y IV, no se observa esta limitación por la ingestión alcohólica. Generalmente, en los festejos populares o en las reuniones sociales, las mujeres de estas dos últimas clases sociales, usan la bebida libremente, como un medio para mejorar la relación interpersonal e, inconscientemente, para ablandar las defensas en el trato heterosexual.

REFERENCIAS

JERÍ, R. : "Factores etiológicos en el alcoholismo". *Rev. Sanid. Policía*, 17:427-436, 1957.
KASTLER-MAITRON & BURCKHARD, E. : "Quelques considerations sur l'alcoolisme chronique chez la femme". *Strausbourg Med.* Suppl. 10, 1955.

UN ESTUDIO DE SALUD MENTAL EN UNA MUESTRA DE POBLACION INDUSTRIAL

Por Baltazar Caravedo y Oscar Valdivia Ponce *

INTRODUCCION

Considerando el campo de la psiquiatría industrial como uno de los aspectos trascendentales de nuestra realidad nacional, hemos dedicado nuestra atención y esfuerzos por estudiarla. Hace ya algún tiempo empezamos estos estudios sobre los problemas de tensión y actitud (1) en las relaciones interpersonales de los grupos laborales. Estas primeras incursiones, en el estudio de estos problemas, nos dio informes que indicaban la presencia de serias dificultades en la interrelación humana de estos grupos. Las dificultades existentes, indudablemente tienen varios ángulos: económicos, sociales culturales y psicológicos, que cuando se agudizan culminan como expresión grave de conflicto, en paros, huelgas o lockouts.

Es interesante revisar el informe que sobre las huelgas hace el Servicio Cooperativo del Empleo del Perú (2). Según este informe durante el año de 1958 se registraron 213 huelgas y paralizaciones, de las cuales 6 fueron nacionales, 119 correspondieron a Lima, Callao y Balnearios y 88 a provincias. Es importante anotar que del número total de huelgas 52 se sucedieron por razones salariales, 42 por incumplimiento de normas y pactos, 39 por relaciones de trabajo, 38 por despedida de trabajadores, 20 por solidaridad y 22 por motivos diversos. Estas huelgas afectaron en Lima y Callao a 24,035 obreros y 16,639 empleados, lo que dieron un total de días-hombre perdidos de 1'120,689. Estas cifras nos expresan numéricamente la gravedad de los conflictos obrero-patronales y la seria repercusión en la economía nacional. No creemos que las motivaciones de los conflictos sean puramente psicológicas, sino que hay motivaciones diferentes. Pero como en los conflictos laborales se exhiben actitudes y conducta esencialmente psicológica es interesante conocer la contextura y equilibrio psicológico de las personas que las exhiben. Sabemos que en un conflicto habrá mayor o menor tolerancia cuanto mayor o menor sea el equilibrio psicológico, la estabilidad emocional o la salud física y mental.

---

* Departamento de Higiene Mental. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima, Perú.

En relaciones de trabajo, los grupos laborales tienen sus representantes y dirigentes que expresan e interpretan el sentir del grupo de trabajo. Son ellos los que plantean las necesidades y hacen los reclamos y peticiones de su grupo. El líder es un sujeto con ciertos rasgos de personalidad y de carácter que lo hacen distinguirse en el grupo. Por otro lado los representantes de las empresas, los gerentes, tienen también ciertas características de personalidad que les ha permitido alcanzar en su trabajo el sitial que ocupan. El éxito de la solución de un conflicto, en nuestro medio, está dado por las ventajas que un grupo pueda obtener sobre el otro (3). De aquí que la inteligencia, astucia y experiencia de los dirigentes sea necesaria para plantear y resolver el conflicto.

Las características de la personalidad y el grado de salud se expresan por la conducta y actitud del dirigente hacia su grupo y el opuesto. Siendo importante para el estudio de las actitudes y los problemas de interrelación, el conocimiento de la arquitectura psicológica y del grado de salud física y mental, nos hemos abocado en este trabajo a la determinación de la salud física y mental de los líderes obreros y gerentes a través del Indice Médico de Cornell.

MATERIAL Y METODO

La presente investigación se realizó en dos grupos humanos industriales que comprende a 85 líderes sindicales y 33 directivos pertenecientes a 33 empresas industriales.

Consideramos importante para una mayor información de los grupos estudiados consignar una serie de datos que expondremos a continuación:

Edad.—El cuadro adjunto representa en forma detallada la distribución del material humano en relación a la edad.

Edad	Líderes obreros	%	Gerentes	%
17 a 19	2	2.36	0	0
20 „ 30	25	29.41	1	3.03
31 „ 40	36	42.35	10	30.30
41 „ 50	10	11.76	17	51.51
51 „ 60	10	11.76	3	9.09
61 „ 70	2	2.36	1	3.03
71 „ 80	0	0	1	3.03
Totales	85	100 %	33	100 %

Condición Civil.—La distribución numérica con relación a la condición civil de los individuos estudiados, está representada en el cuadro siguiente:

Condición civil	Líderes obreros	%	Gerentes	%
Solteros	20	23.53	7	21.22
Casados	53	62.35	26	78.78
Convivientes	10	11.77	0	0
Viudos	2	2.35	0	0
Totales	85	100.00	33	100.00

Grado de instrucción.—A continuación damos una relación del grado de instrucción en los grupos estudiados.

Primaria	Líderes	%	Gerentes	%
De 1º a 2º año	3	3.52	0	0
„ 3º „ 4º „	9	10.59	0	0
„ 5º „	40	47.06	1	3.03
Secundaria				
De 1º a 2º año	10	11.77	1	3.03
„ 3º „ 4º „	10	11.77	1	3.03
„ 5º „	10	11.77	18	54.54
Superior	0		10	30.30
Sin especificar	3	3.52	2	6.66
Totales	85	100.00	33	100.00

El método de estudio en los dos grupos humanos se basó en la aplicación del "Indice Médico de Cornell" el que se administró en forma individual, leyendo las preguntas, las que se aclaraban cuando se juzgaba necesario.

El Indice Médico de Cornell, permite una exploración sistemática de la salud física y mental del individuo; y comprende 195 preguntas que se dividen en 18 secciones (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q y R). Las secciones de A a L se refieren predominantemente a la determinación de síntomas somáticos o psicosomáticos y las secciones de M a R, inclusive tienen como fin detectar el estado emocional y algunas actitudes interpersonales.

Las secciones del I.M.C. o cuestionario de salud son las siguientes:

Sección A	Ojos y oídos	Sección J	Frecuencia de enfermedades (actitudes, etc.)
„ B	Sistema respiratorio	„ K	Enfermedades varias
„ C	Sistema cardiovascular	„ L	Hábitos
„ D	Tracto digestivo	„ M	Inadecuación
„ E	Sistema músculo esquelético	„ N	Depresión
„ F	Piel	„ O	Ansiedad
„ G	Sistema nervioso	„ P	Susceptibilidad
„ H	Sistema genitourinario	„ Q	Cólera
„ I	Fatigabilidad	„ R	Tensión

La administración del cuestionario es sencilla y el probando contesta a las 195 preguntas colocando un círculo ya sobre la respuesta "si" o "no", según su propia opinión.

El cuestionario de salud puede darnos fácilmente una adecuada evaluación del grado de trastorno físico o emocional. Un serio desorden se revela cuando el número de respuestas "si" es más de 25. Si las respuestas "si" están en una o dos secciones el problema médico se puede localizar, pero si están diseminadas el problema es probablemente difuso y generalmente en relación a una perturbación emocional. Más de 3 respuestas "si" en las secciones (M, N, O, P, Q y R) indican una perturbación psicológica así como 3 o más respuestas "si" en las secciones I-J. Cuando la perturbación se manifiesta por quejas somáticas las respuestas "si" en las secciones A-L son numerosas y se refieren a varios aparatos y sistemas. La presencia de respuestas "si" en las secciones M-R son índice de perturbación del estado de ánimo y de la afectividad.

RESULTADOS

Creemos oportuno indicar que en la exposición de nuestros resultados hemos tratado de seguir a ROTONDO y colaboradores en sus investigaciones (4 y 5) con el Indice Médico de Cornell a fin de sistematizar nuestra investigación para estudios comparativos posteriores.

A continuación vamos a expresar los resultados obtenidos siguiendo un orden sistemático que empezará mostrando los valores totales, luego los parciales para pasar al estudio de cada una de las secciones y de las preguntas en particular.

Resultados en relación al número de sujetos.—El cuadro Nº 1 nos indica los valores de las respuestas totales positivas (R si total), de cada uno de los grupos, atendiendo al número de sujetos en valores absolutos y en porcentajes.

CUADRO Nº 1

R si Total	Líderes	%	Gerentes	%
0 – 9	14	16.4	6	18
10 – 19	19	23.3	17	51.5
20 – 29	14	16.4	8	24.2
30 – 39	11	12.9	0	0
40 – 49	13	15.2	1	3
50 – 59	6	7	0	0
60 – 69	2	2.3	1	3
70 – 79	2	2.3	0	0
80 – 89	4	4.7	0	0
Totales	85		33	

Considerando a 30 valor de anormalidad, podemos ver que en el grupo de líderes sindicales el 44.5% de las respuestas totales positivas (R si total) alcanzan 30 o están por encima de este valor; mientras que en el grupo de gerentes, sólo, el 6% alcanza estos valores. Estos resultados nos hacen pensar que los valores de anormalidad son mucho más altos en el grupo de líderes que en el de gerentes.

En cuanto a la distribución de las respuestas en los dos grupos se puede fácilmente apreciar en el cuadro Nº 1.

El cuadro Nº 2 nos indica los resultados de la adición de las respuestas positivas de las secciones M a la R inclusive del I.M.C. (R si M-R).

CUADRO Nº 2

R si (M-R)	Líderes	%	Gerentes	%
0 – 3	22	25.8	15	48.5
4 – 9	27	31.7	13	39.3
10 – 14	17	20	3	9
15 – 19	6	7	0	0
20 – 24	9	10.6	1	3
25 – 29	2	2	1	3
30 – 34	1	1.1	0	0
35 – 39	1	1.1	0	0
Totales	85		33	

Analizando estos resultados, y considerando 4 respuestas positivas como índice de anormalidad, nos encontramos que el porcentaje de anormalidad, en el área psicológica, de los líderes sindicales alcanza 74.1% y en los gerentes el 54.5%. Valores estos de anormalidad mucho más altos con relación a las respuestas positivas totales (R si total), especialmente en el caso de los gerentes. Lo que quiere decir que la anormalidad en ambos grupos está principalmente en el área psicológica. La distribución de las respuestas en los 2 grupos se pueden observar en el cuadro Nº 2.

En cuanto a las secciones I y J (R si I-J), que se refieren a la fatigabilidad y a la frecuencia de las enfermedades, los resultados de anormalidad (3 o más respuestas positivas) alcanzan valores en los líderes de un 30.5% y en los gerentes de 6.4%. Para una mayor objetivación de estos resultados véase el cuadro Nº 3.

CUADRO Nº 3

R si (I-J)	Líderes	%	Gerentes	%
0 – 2	59	69.4	31	93.9
3 – 5	17	20	0	0
6 – 8	6	7	2	6
9 – 11	3	3.5	0	0
Totales	85		33	

En las secciones O-R, que se refieren a los rubros de ansiedad y tensión del I.M.C., las respuestas positivas (R si O-R) indicaron valores de anormalidad: en los líderes un 32.9% y en los gerentes el 21.2%.

El cuadro Nº 4 expresa gráficamente estos resultados.

CUADRO Nº 4

R si (O-R)	Líderes	%	Gerentes	%
0 – 1	29	34.1	23	69.6
2 – 3	28	32.8	3	9
4 – 5	14	16.4	5	15.1
6 – 7	5	5.8	1	3
8 – 9	4	4.7	1	3
10 – 11	2	2.3	0	0
12 – 13	2	2.3	0	0
14 – 15	1	1.1	0	0
Totales	85		33	

Valores promedios totales y parciales.—Analizando los resultados en atención a los valores promedios totales (R si total) de cada uno de los grupos en estudio los resultados indican un promedio de 28.23 para el grupo de líderes y un valor de 14.27 para el grupo de gerentes. Se puede decir que la cifra promedio del primer grupo es índice expresivo de cierta patología, mientras que la del segundo grupo no alcanza valor de anormalidad.

Los valores promedios de la sección (M-R) representan índice de anormalidad en los 2 grupos. En el grupo de los líderes el promedio alcanzó 7.23 y en el de gerentes 5.06 ambos indicadores de patología; por supuesto mucho más manifiesta en el grupo sindical.

En la adición de los rubros R si (I-J) el valor promedio alcanzó 2.09 en el grupo de líderes sindicales y en el de gerentes apenas llegó a 0.78, promedio relativamente bajo en comparación con el primer grupo.

Los valores promedio de R si (O-R) (adición de los valores parciales de las secciones O y R) corresponden a 2.89 para el grupo sindical y 1.66 para el grupo de directivos. Estas cifras como se puede ver, mantiene la patología siempre más inclinada hacia el lado de los líderes que al de los gerentes.

La sección M, que agrupa las preguntas que se refieren a inadecuación, revela los promedios (que resulta de dividir la suma total de respuestas positivas entre el número total de elementos del grupo) por probando líder de 2.91 (M si) y de 1 por gerente. Estos valores hacen ver que el grado de inadecuación entre el grupo de líderes es mayor que entre el grupo de gerentes de la muestra estudiada.

Es posible que la inadecuación de los líderes sea mayor por su nivel socio económico y la repercusión de los mismos en el entorpecimiento de las relaciones interpersonales.

En la sección N, que contiene preguntas que se refieren a depresión, se registran promedios muy bajos de 0.6 y 0.2 en líderes y gerentes respectivamente.

La sección O, que registra ansiedad, exhibe en el grupo sindical un promedio de respuestas positivas del 1.6 y en el de gerentes 1.1.

La sección P, que determina la facilidad para ofenderse o susceptibilidad, intolerancia a la crítica y tendencias paranoides, ofrece promedios de 1.4 en el grupo sindical y 0.9 en el de gerentes.

Con respecto a la sección Q, que registra la irritabilidad, cólera y recelo, da valores promedios de respuestas positivas de 2.5 en el grupo sindical y 1.1 en el de gerentes.

Por último en la sección R, que lleva preguntas para detectar tensión en los aspectos psíquico y somático, los valores promedios para los dirigentes sindicales es de 1.4 y para el de directivos de 0.4.

EXPOSICION EN DETALLE

En este capítulo vamos a estudiar en detalle la mayoría de respuestas positivas de cada una de las secciones que determinan anormalidad psíquica y trastornos psicosomáticos.

a) *Inadecuación en las relaciones interpersonales y en situaciones de tensión.*—A continuación presentamos comparativamente en los 2 grupos estudiados (cuadro Nº 5) la mayoría de respuestas positivas que revelan dificultad de las relaciones interpersonales y expresan cierto grado de tensión

CUADRO Nº 5

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
145 Sudores y temblores en situaciones de entrevistas o de examen	16	26.6	0	9.09
147 Desorganización en el trabajo o cuando se les observa	14	16.41	3	15.15
148 Desorganización de la actividad mental cuando tienen que hacer algo apurado	26	30.58	5	6.06
150 Incapacidad para captar bien órdenes e instrucciones	5	5.88	2	6.06
151 Miedo de personas y sitios extraños	18	21.17	2	0
152 Miedo a no estar con amigos	6	7.05	0	12.12
153 Dificultad para tomar decisiones	25	29.41	4	33.33
154 Desean tener siempre a alguien que lo aconseje	45	52.94	11	0

Es evidente que más de 1/4 del grupo sindical estudiado reacciona con angustia psicosomática frente a los acercamientos que representan el desafío de su integridad individual y de su propio valer. Llama la atención la falta

de este tipo de reacción en el grupo de los gerentes. Es posible que sean las situaciones reales en la cual el obrero es vigilado por el empresario, lo que determina que los líderes ofrezcan porcentajes más altos de desorganización en situaciones en que se les observa.

Se nota que el yo, se desorganiza bajo la tensión que le crea la urgencia del tiempo. Esta desorganización alcanza un valor del 30.58% en los líderes sindicales lo que representa el doble de lo registrado en los gerentes.

Parece que el acostumbramiento de los obreros de recibir, cumplir y ejecutar órdenes, fenómeno al cual se puede decir se reduce su trabajo, sea la causa de los resultados bajos en la pregunta 150.

Se ve claramente que el temor hacia lo extraño y desconocido, que refleja cierta actitud paranoide e inseguridad, es casi 4 veces mayor en los líderes que en los gerentes.

La dificultad para tomar decisiones es muy frecuente en el grupo de líderes, lo que parece contrastar con la función de líder; pero debemos pensar que el líder del cual depende en cierta forma el triunfo, éxito y aspiraciones del grupo, puede con frecuencia encontrarse en situaciones en las que es difícil tomar decisiones. Esta dificultad para decidir, parece confirmarse en los dos grupos por las respuestas a la pregunta 154 que arroja valores verdaderamente altos. Estos valores altos con respecto a la pregunta confirman la opinión de muchos psicólogos con respecto al conflicto de indecisión de los grandes directores, líderes y personas de quienes mucha gente dependen. Parecería que en el fondo, estas personas, añoran profundamente depender.

b) *Depresión*.—Vamos a representar en el cuadro Nº 6 los resultados positivos de la mayoría de las preguntas de la sección N que determina la presencia de síntomas de tipo depresivo.

CUADRO Nº 6

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
157 Se sienten solos y tristes en una fiesta	11	12.94	2	6.06
158 Se sienten generalmente tristes y deprimidos	13	15.29	1	3.03
159 Lloran a menudo	8	9.41	1	3.03
160 Se sienten siempre desanimados y melancólicos	10	11.76	1	3.03
161 Se sienten sin esperanzas	8	9.41	0	0
162 Pensamientos suicidas	5	5.88	0	0

Se nota que moderada proporción del grupo sindical se sienten solos, deprimidos y tristes, descargando la angustia de su depresión con lágrimas. En el grupo de directivos industriales la proporción de estos síntomas no pasan del 3%. Sólo hay un pequeño grupo de líderes que han perdido la esperanza y prefieren la muerte.

c) *Ansiedad y tensión.*—Vamos a presentar en el cuadro Nº 7 los resultados positivos de algunas preguntas que expresan síntomas positivos de ansiedad y tensión.

CUADRO Nº 7

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
163 Siempre preocupados	33	38.82	9	27.27
166 Considerados "nerviosos" por los demás	18	21.17	5	15.15
168 Tuvieron alguna vez trastornos nerviosos	10	11.76	5	15.15
170 Fue alguna vez paciente en hospital mental	1	1.17	0	0
188 Siempre "excitados y nerviosos"	7	8.23	0	0
189 Reacciones de sobresalto	15	17.64	3	9.09
192 Ensueños de angustia	20	22.52	0	0
193 Pensamientos insistentes que causan miedo	31	36.47	8	24.24
194 "Miedo" sin motivo alguno	6	7.05	0	0

En general los síntomas de ansiedad y tensión son mucho más intensos en los líderes que en el grupo de gerentes. Se nota que tanto los líderes como los gerentes están siempre preocupados. Casi la cuarta parte del grupo sindical es considerada nerviosa por los demás. Es relativamente alta la proporción de líderes que tuvieron trastornos nerviosos; y baja la de líderes que fueron pacientes en hospital mental. Los gerentes no han presentado trastorno nervioso ni fueron pacientes en hospital mental. Es interesante observar la alta proporción en los 2 grupos de la existencia de pensamientos que causan miedo.

d) *Susceptibilidad.*—Las preguntas que representamos en el cuadro Nº 8 se refieren a la suceptibilidad, desconfianza y timidez de los dos grupos estudiados.

CUADRO Nº 8

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
172 Extremadamente tímido y sensitivo	14	16.41	1	3.03
174 Se ofenden con facilidad	27	31.76	9	27.27
175 Le molesta la crítica	34	40	8	24.24
176 Considerados por los demás como "susceptibles" y "quisquillosos"	20	23.52	8	24.24
177 Piensan que los demás, con frecuencia, no los comprenden	22	25.88	1	3.03

A través del cuadro se puede ver que hay tres preguntas (174, 175 y 176) que representan valores positivos altos en los dos grupos y que deben ser tomados en consideración. Si un líder o un gerente se ofende con facilidad le molesta la crítica y son considerados por los demás como "susceptibles" y "quisquillosos" podemos fácilmente imaginar las series de dificultades que pueden surgir en sus relaciones interpersonales en general y en especial las dificultades que se plantean en el aspecto netamente industrial o laboral.

e) *Irritabilidad y agresión.*—Para apreciar los resultados de las principales preguntas de este rubro las distribuiremos comparativamente en los dos grupos, en el cuadro Nº 9.

CUADRO Nº 9

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
178 Recelosos aún entre amigos	34	40	2	6.06
179 Hacen cosas impulsivamente	17	20	3	9.09
180 Se irritan con facilidad	28	32.94	8	24.24
181 Tienen que dominarse constantemente para evitar descontrolarse	29	34.11	5	15.15
182 Pequeñas molestias les causan fastidio y nerviosidad	22	27.05	10	30.30
184 Las gentes les causan irritación	16	18.82	0	0
185 Les da mucha cólera si no consiguen lo que quieren	33	37.64	5	15.15
186 A menudo les da un furor violento	15	17.64	1	3.03

Analizando el cuadro, podemos establecer que un alto porcentaje de los líderes obreros son personas recelosas que no se sienten tranquilos aún entre sus amigos, son impulsivos, se irritan con facilidad, tienen que dominarse constantemente para no descontrolarse, las pequeñas molestias les causan fastidio y nerviosidad y les da mucha cólera si no consiguen lo que quieren. Con estas manifestaciones ya podemos sospechar la serie de dificultades que van a afrontar cuando tienen que enfrentarse con el grupo directivo que también es irritable, nervioso y colérico.

f) *Fatiga e insomnio.*—Esta sección está constituída por una serie de preguntas que tienen por función determinar la presencia de fatiga e insomnio en el probando. La fatiga puede ser el resultado del trabajo excesivo, de la falta adecuada de reposo, del "stress" emocional o del resultado de enfermedades físicas o psíquicas.

En el cuadro Nº 10 vamos a revisar los resultados de las preguntas más representativas de la sección.

CUADRO Nº 10

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
108 Se sienten completamente agotados	46	54.11	11	33.33
110 Se sienten cansados	19	23.35	5	15.15
111 Se cansan al más mínimo esfuerzo	11	12.94	1	3
112 Muy cansados constantemente hasta para comer	3	3.52	0	0
113 Sufren de agotamiento nervioso serio	7	8	2	6.36
139 Insomnio	10	11.76	0	0

Como puede apreciarse en el cuadro, la sensación de fatiga en los dos grupos reflejan una incidencia que merece cierta consideración. Parece que el líder sindical estuviese más expuesto a factores negativos que van a provocar en él esa sensación de fatiga. Creemos que en la determinación de la fatiga, en el grupo sindical, no sólo inciden factores de trabajo, como podría únicamente suceder en el grupo de gerentes; sino que se suman factores de stress emocional y económico.

g) *Frecuencia de enfermedades.*—En el cuadro Nº 11 representamos los resultados de las preguntas más importantes que se refieren a la frecuencia a enfermarse, actitudes y reacciones frente a las enfermedades.

CUADRO Nº 11

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
115 Se enferman con frecuencia	6	7.05	0	0
117 Tienen siempre salud pobre	15	17.64	1	3
118 Son consideradas personas enfermizas	4	4.7	1	3
121 Muy preocupados por su salud	18	21.17	0	0
123 Se sienten decaídos constantemente debido a su poca salud	10	11.76	0	0

Es indiscutible que la frecuencia a enfermarse es mayor en el grupo sindical. Parece que las actitudes de temor a las enfermedades pueden ser derivadas de la mayor frecuencia y estragos que las enfermedades producen en niveles socio económicos inferiores donde no hay condiciones sanitarias y de salubridad, que garanticen la buena salud.

h) *Manifestaciones psicosomáticas.*—Con este nombre, en el cuadro Nº 12, agrupamos una serie de síntomas y manifestaciones somáticas de tipo funcional así como componentes somáticos de manifestaciones de angustia y síntomas de conversión.

CUADRO Nº 12

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
10 "Garraspean"	37	43.58	9	27.27
21 Asma	1	1.17	0	0
28 Hipertensión arterial	6	7.05	3	9
30 Algia precordial	25	29.41	2	6.36
31 Palpitaciones	15	17.64	3	9
33 Dificultad para respirar	20	23.52	2	6.36
51 Náuseas	17	20	1	3
52 Indigestión	25	29.41	4	12.12
53 Dolor de estómago a menudo	12	14.11	1	3
56 Ulcera gástrica	2	2.35	3	9
57 Diarreas	8	9.41	3	9
60 Estreñimiento	12	14.11	1	3
74 "Bochornos"	19	22.35	3	9
75 Sudan mucho aún cuando hace frío	9	10.58	0	0
76 Prurito frecuente	11	12.94	6	18.18
79 Cefaleas frecuentes	17	20	1	3
83 Mareos	6	7.05	2	6.36
86 Adormecimiento en diferentes partes del cuerpo	17	20	4	12.12
89 Temblor nervioso	12	14.11	1	3

Es evidente que las reacciones psicofisiológicas del aparato digestivo, representan la alta incidencia. A continuación se destacan las manifestaciones de tipo conversivo y las manifestaciones cardio-respiratorias de la angustia. Observando estos resultados no se puede negar la preferencia del grupo sindical por este tipo de trastornos.

i) *Alcoholismo, convulsiones, antecedentes de enuresis nocturna y dislalia.*

CUADRO Nº 13

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
144 Alcoholismo	6	7.05	2	6.36
90 Convulsiones	1	1.17	0	0
93 Tartamudeo	2	2.35	0	0
94 Sonámbulo	0	0	0	0
96 Antecedentes Enuresis nocturna	14	16.47	4	4.12

Se nota que la prevalencia de alcoholismo entre los líderes sindicales es ligeramente superior que entre los gerentes, sin constituir una diferencia muy significativa. En cuanto a las convulsiones, tienen un porcentaje relativamente bajo en la población líderes, en comparación con otros grupos de obreros que estamos acostumbrados a ver. El tartamudeo refleja con frecuencia pro-

blemas de agresividad contenida y de relación interpersonal. Esta manifestación se refleja solamente en un bajo porcentaje en el grupo sindical.

j) *Hábitos.*—Esta sección del I.M.C. que se representan con la letra L tiene por función determinar los hábitos del probando. En el cuadro N° 14 representamos los resultados de las preguntas más interesantes de este rubro.

CUADRO N° 14

Pregunta	Lideres	%	Gerentes	%
139 Dificultad para dormirse	10	11.76	0	0
140 Les es imposible tomar un rato descanso	26	30.85	9	27.27
142 Fuman más de 20 cigarrillos al día	11	12.94	8	24.24
143 Toman más de 6 tazas de café o té al día	3	3.52	0	0
144 Toman dos o más copas al día	6	7.05	2	6.36

A través del cuadro es fácil destacar que la actividad de trabajo es tan intensa que más de una cuarta parte de cada grupo, no tiene tiempo para tomar un breve descanso en la jornada del día. Hay mayor inclinación en el grupo sindical por gratificación de tipo oral, (café, cigarrillos y licor), como posible medida de alivio frente a las tensiones.

k) *Antecedentes de enfermedades.*—A continuación, en el cuadro N° 15, representamos, los antecedentes de patología orgánica en los dos grupos estudiados.

CUADRO N° 15

Pregunta	Lideres	%	Gerentes	%
124 Escarlatina	4	4.7	7	21.21
125 Reumatismo	2	2.35	0	0
126 Malaria	5	48.23	16	48.48
127 Anemia	4	5.88	0	0
128 Venéreas	1	15.29	1	3
129 Bocio	8	4.7	0	0
131 Tumor (de tipo no especificado)	32	1.17	0	0
136 Intervención quirúrgica	41	9.41	6	18.18
137 Herida o golpe serio	13	37.64	8	24.24

Como se puede apreciar en el cuadro, el antecedente de patología orgánica variada es mucho mayor en el grupo obrero que entre el de los directivos.

l) *Trastornos somáticos.*—Con este capítulo reunimos los resultados positivos, más importantes, de patología somática que se registran en el con-

junto de secciones, del Indice Médico de Cornell, que van del rubro A al L inclusive. En el cuadro N° 16 damos una relación de los resultados de patología somática más frecuente o interesante.

CUADRO N° 16

Pregunta	Líderes	%	Gerentes	%
1 Necesitan anteojos para leer	14	16.47	17	54.51
2 Necesitan anteojos para ver de lejos	16	18.58	8	24.24
7 Oyen mal	8	9.41	3	9
8 Tuvieron supuración ótica	11	12.46	3	9
13 Rinitis espasmódica	16	18.58	3	9
16 Resfríos frecuentes	26	30.58	0	0
26 Sufrieron tuberculosis	1	1.17	0	0
39 Diagnóstico de afección al corazón	3	3.25	3	6
41 Han perdido más de la mitad de sus dientes	24	28.22	8	24.24
45 Anorexcia	18	21.17	1	3
48 Descomposición al estómago	28	32.94	7	21.21
49 Distención abdominal	20	23.55	5	15.15
59 Sufrieron de Parasitosis intestinal	13	15.29	7	21.21
61 Tuvieron hemorroides	8	9.41	12	36.36
62 Sufrieron ictericia	10	11.76	1	3
63 Tuvieron padecimientos graves al hígado y bilis	22	25.88	4	12.12
64 Artritis reumática	9	10.58	2	6.36
71 Incapacidad o defecto físico	9	10.58	0	0
77 Erupciones cutáneas	6	7.58	4	12.12
78 Posible acné (granos)	8	9.41	3	9
84 "Vahidos"	3	3.52	1	3
87 Parálisis de una parte del cuerpo	4	4.7	0	0
97 Sufrieron de enfermedad seria en sus genitales	5	5.88	1	3
100 Diagnóstico de hernia	2	2.35	4	12.12
104 Orinan a menudo en el día	36	42.35	4	12.12
132 Sufren de enfermedad crónica	4	4.7	1	3
133 Han perdido peso	18	21.17	3	9
134 Están muy gordos	9	10.50	5	15.15
135 Tienen várices	1	1.17	1	3
138 Sufren a menudo de pequeños accidentes o heridas	17	20.29	1	3

En el área somática explorada a través del cuestionario de salud, encontramos una patología variada y rica que se destaca también en una alta incidencia en el grupo de líderes sindicales.

DISCUSION

El estudio realizado en una muestra de población industrial, comprende a dos grupos de nivel socio económico y cultural completamente diferente.

El uno es representante de una clase que mantiene un prestigio económico y social en nuestra comunidad y el otro es exponente de una clase social pobre que sufre las limitaciones, privaciones y frustraciones de su bajo nivel económico. Mucho se puede decir de la disparidad y antagonismo de los dos grupos en los que ni su situación actual, ni sus aspiraciones e ideales tienen paralelo alguno. Pero a pesar de tanta desigualdad se puede decir que hay en ellos, ciertos rasgos comunes de fuerza psicológica emocional que los ha impulsado a surgir como exponentes representativos, con caracteres de autoridad y liderazgo en sus propios grupos.

El estudio de salud realizado a través del Indice Médico de Cornell establece en los resultados totales, marcadas diferencias de patología que va de un 44.5% en el grupo sindical a un 6% en el grupo de gerentes. Esta marcada diferencia se hace a expensas del gran número de respuestas positivas de los líderes en las secciones que corresponden a la determinación de patología somática del cuestionario usado. Pero frente al estudio de la salud mental, objetivo principal de nuestra investigación, los resultados de patología psíquica arrojan valores marcadamente altos que van de un 74.1% en los líderes sindicales a un 54.5% en los gerentes. Esto quiere decir que más de un 50% de nuestra muestra industrial, sufren marcado trastorno emocional que se expresa por una variada sintomatología psíquica.

Vale la pena indicar que esta patología, psíquica, en los dos grupos se manifiesta por: inadecuación en las relaciones emocionales, angustia, tensión, suceptibilidad, irritabilidad, agresividad, fatiga, insomnio, reacciones psicofisiológicas y síntomas conversivos.

Por otra parte, analizando el valor de los resultados se puede fácilmente desprender que el grado y presencia de perturbación psíquica es mayor en el grupo sindical. La explicación de esta mayor incidencia en el grupo sindical no podría señalarse de manera certera, pero sí se podría suponer que el nivel socio económico y cultural del grupo sindical con todas sus frustraciones, serían factores importantes que pesan en estos resultados. Sin embargo a pesar de las diferencias existentes se registran las siguientes manifestaciones que se presentan en similar proporción en los dos grupos: se ofenden con facilidad, les molesta la crítica, son susceptibles, nerviosos, presentan rasgos paranoides, tienen que hacer esfuerzos para no descontrolarse y se fastidian si no consiguen lo que quieren. Seres humanos con todas estas manifestaciones, que trastornan seriamente las relaciones interpersonales, es lógico pensar las grandes dificultades que tienen que sufrir en sus relaciones industriales cuando tienen que enfrentarse el uno contra el otro en el planteamiento y solución de sus problemas e intereses. No hay que olvidar que estas manifestaciones que son síntomas neuróticos y rasgos anormales de personalidad y carácter, son fuente inagotable de dificultad en la adaptación a la situación industrial y a su ambiente social.

En el análisis de los resultados es interesante anotar ciertos hallazgos, que pueden contradecir aparentemente la función de líder o directivo, y ello se refiere al hecho de que en ambos grupos, en un apreciable número, sien-

tan un gran deseo de tener una persona a su lado que los oriente y aconseje. Ello, indudablemente, traduce la conflictiva independencia-dependencia que puede explicarse por la situación psicológica profunda de soledad en que el líder o gerente vive, y que ha sido muy bien descrita por MC. LEAN y TAYLOR (6) y W. MENNINGER (7) al ocuparse del dilema de los ejecutivos.

Otra contradicción es el hecho de que más de 1/4 de los líderes sindicales y el 12.12% de los directivos industriales sean indecisos e inseguros, que los gerentes tengan dificultad para tomar decisiones es bastante paradójico ya que su trabajo se caracteriza por ejecutar decisiones.

La mayoría de investigadores entre los que vale mencionar a MC. LEAN, TAYLOR (6) MENNINGER (7) ROSS (8) están de acuerdo en que el ejecutivo por sus rasgos de personalidad reprime agresividad estando propenso a presentar reacciones depresivas. Sin embargo nuestros resultados revelan que la predisposición a síntomas depresivos es de muy baja incidencia.

Sabemos que es difícil determinar el grado de fatiga de un individuo, y a propósito ELTON MAYO (9) dice "no existe una forma única simple de fatiga. Lo que hasta ahora han estudiado los fisiólogos son incapacidades orgánicas identificables". La fatiga que nosotros hemos determinado puede ser el resultado del trabajo excesivo, de la falta adecuada de reposo, del "stres" emocional, o del resultado de enfermedades físicas o psíquicas. Nuestros hallazgos revelan que, en los dos grupos, la fatiga se hace sentir; pero que es mucho más frecuente en el grupo sindical. La frecuencia a enfermarse es mayor en los líderes obreros, y este mismo hecho puede que explique sus temores y la preocupación mayor por la enfermedad. Es bastante conocido que la enfermedad hace sus estragos y crece por lo tanto en los grupos sociales económicamente insuficientes.

Se sabe que las personas que presentan síntomas psíquicos manifiestos no presentan al mismo tiempo manifestaciones psico-fisiológicas o conversivas, y si las presentan, ellas no son muy intensas. Sin embargo nuestros estudios revelan especialmente, en el grupo sindical, al lado de las manifestaciones puramente psíquicas una riqueza de reacciones psicosomáticas. La bibliografía (10 y 11) sobre reacciones psicosomáticas en la industria, indica cierta predisposición en los ejecutivos industriales a sufrir manifestaciones psicosomáticas, que serían el resultado de las preocupaciones y tensiones industriales que implica una ocupación de este grado de responsabilidad. Sin embargo nuestro grupo de gerentes presenta una incidencia baja. Creemos con TREDGOLD (10) que vale la pena hacer estudios de investigación más sistemática de las enfermedades psicosomáticas en la industria.

En un trabajo anterior (1) realizado en grupos similares pudimos comprobar gran tensión y dificultad en las relaciones interpersonales entre gerentes y líderes sindicales. Estas dificultades se caracterizaban por desconfianza, hostilidad, actitud paranoide, irritabilidad y susceptibilidad en ambos grupos. Hoy a través de nuestra investigación podemos determinar un claro desequilibrio emocional en los dos grupos. Si este desequilibrio que corres-

ponde a rasgos de carácter y a reacciones neuróticas, pueden ser reacciones a situaciones conflictivas en la familia, trabajo o comunidad no lo sabemos a ciencia cierta. Pero sí podemos afirmar que ambos grupos presentan patología psíquica y que las relaciones industriales entre ambos grupos estimulan y agravan la patología, creándose círculos viciosos negativos y neuróticos que en pugna constante traen como resultado un ambiente fértil para ese entorpecimiento patológico de las relaciones laborales que tiene sus debacles en los famosos paros y huelgas tan frecuentes en nuestra industria incipiente.

Si el líder es emocionalmente enfermo vale la pena meditar en el grupo que lo elige como líder; a propósito BROWN (11) dice "Un grupo enfermo inevitablemente escoge un líder enfermo... el grupo industrial enfermo de agresión concederá poder a un agitador, que tampoco será capaz de resolver sus problemas... Como el líder refleja las actitudes del grupo, sólo el grupo saludable está en condiciones de seleccionar el líder más adecuado en una situación dada". Creemos que el líder en el proceso de interpretación de las necesidades del grupo se identifica con él, lo que traduce una profunda interacción de grupo a líder y de líder a grupo. Frente a este hecho, pensamos que debemos profundizar nuestra investigación, por lo que se impone un estudio de la salud mental del grupo que el líder representa y este estudio, estamos seguros, dará informes más completos de nuestra realidad psicológica en la industria.

RESUMEN

Se ha estudiado a través del Indice Médico de Cornell el grado de salud mental de una muestra de población industrial constituída por dos grupos; formados el uno de líderes sindicales y el otro de gerentes, pertenecientes ambos a 33 empresas industriales.

Los resultados de este estudio, demuestran una marcada perturbación mental en ambos grupos, siendo ésta mucho más marcada en el grupo de líderes sindicales que en el de gerentes.

La patología psíquica en los dos grupos se manifiesta por inadecuación en las relaciones emocionales, angustia, tensión, irritabilidad, agresividad, fatiga, insomnio, reacciones psicofisiológicas y síntomas conversivos.

Se analizan los resultados comparativamente en los dos grupos y se hacen comentarios sobre la posible influencia de los factores socio económico, culturales e industriales en la determinación de la patología psíquica encontrada.

Se comenta así mismo, la influencia negativa de esta patología neurótica en las relaciones industriales.

BIBLIOGRAFIA

1 — CARAVEDO, BALTAZAR y VALDIVIA PONCE, OSCAR : Problemas de la actitud y las Relaciones Obrero-Patronales. Perfil Económico, Año III, No. 27, Págs. 3-11, Marzo, 1959.

2.— Servicio Cooperativo del Empleo del Perú. Informe sobre las Huelgas Producidas en el país durante el año de 1958.
3.— PINILLA, ANTONIO : Psicología de la Actitud y Relaciones del Trabajo. Editores: Juan Mejía Baca y P. L. Villanueva. Lima, 1956.
4.— HUMBERTO ROTONDO, JAVIER MARIÁTEGUI, CARLOS BAMBARÉN y Colaboradores. : Estudios de Morbilidad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita. Departamento de Higiene Mental, del Ministerio de Salud Pública, 1959.
5.— HUMBERTO ROTONDO, JAVIER MARIÁTEGUI, PEDRO ALIAGA y CARLOS GARCÍA PACHECO : Un estudio de Salud Mental de la Colectividad Rural de Pachacamac. Departamento de Higiene Mental del Ministerio de Salud Pública, 1959.
6.— ALAN A. MC, LEAN y GRAHAM TAYLOR : Mental Health in Industry. Mc. Graw-Hill Book Co. I. M. C., New York, 1958.
7.— WILLIAM MENNINGER : Toward Understanding Men. The Menninger Foundation, Topeka, Kansas, 1957.
8.— W. DONALD ROSS : Practical Psychiatry for Industrial Plysicians. Charles O Thomas Publisher, Spingfield, Illinois, U. S. A., 1956.
9.— ELTON MAYO : Problemas Humanos de una Civilización Industrial. Ediciones Galatea. Nueva Visión, 1959.
10.— R. F. TREDGOLD : Human Relations in Industry International Social Science Journal Vol. XI, No. 1, Pág. 34-43, 1959.
11.— J. A. C. BROWN : La Psicología Social en la Industria. Pág. 272-325. Fondo de Cultura Económica, 1958.

SEROTONINEMIA EN OLIGOFRENICOS Y ESQUIZOFRENICOS *

Por Victoria Bernaola

Técnicas para determinar serotoninemia

Existen varias técnicas para determinar cuantitativamente serotonina; describiré las principales.

Técnica colorimétrica.— Se funda en la reacción de coloración que da el reactivo 1-nitroso 2-naftol con la serotonina, característica de fenoles. Esta técnica no es precisa, puesto que interfieren en los resultados otros grupos fenólicos.

Técnica cromatográfica.— Se funda en la separación de cuerpos en solución, por absorción mediante diferentes sustancias que fijan a aquellas. Esta solución pasa a través de una columna en la que se colocan los absorbentes, presentándose zonas diferenciales que se tratan por solvente adecuado.

Técnica Fluorométrica.— Se basa en que ciertas sustancias son capaces de absorber la luz de una determinada onda e irradiar una porción de la luz absorbida a otra longitud de onda; ello se debe a determinada actividad de los electrones. Esta técnica es exacta, porque identifica y permite analizar cuantitativamente serotonina.

Técnica espectrofotofluorométrica.— Se funda en el uso de la banda de absorción ultraviolada, característica de la serotonina a 275 mu en medio neutro o ligeramente ácido por la inestabilidad de la sustancia. Esta técnica tiene la ventaja que permite cuantificar serotonina del suero sanguíneo.

Técnica electroforética.— Se fundamenta en la migración de partículas por el paso de la corriente eléctrica.

Técnica biológica.— Se funda en la propiedad de la serotonina de producir vasoconstricción sobre el músculo liso de órganos aislados, de diferentes animales. Esta técnica es cualitativa y cuantitativa.

La técnica que adopté fue la de Udenfriend y colaboradores. Las muestras de sangre venosa se obtuvieron en ayunas, utilizando una jeringuilla seca y estéril; se echó por las paredes de un tubo de centrífuga de 15 cc., se dejó en reposo por 30 minutos y a 37 grados centígrados para su coagulación y se centrifugó a 2,000 r. p. m. durante 30 minutos.

---

* Trabajo realizado en la Cátedra de Farmacología, Facultad de Farmacia, Universidad de San Marcos.

Se separó 1.5 cc. de suero límpido y transparente, con pipeta de 2 cc. a otro tubo de centrifuga.

Se tomó el pH y se llevó a 10 con borato amortiguado.

El 1.5 cc. de suero límpido y transparente se trasvasó a un tubo de centrífuga que contenía 0.5 cc. de borato amortiguado, 1 gr. de cloruro de sodio Q.P y 7.5 cc. de n-butanol purificado; se agitó por 5 minutos y se centrifugó por 30 minutos a 2.000 r.p.m.

Por aspiración se separó la capa acuosa y se agregó 7.5 cc. de borato amortiguado a la solución de n-butanol que contiene la serotonina; se agitó por 5 minutos y se centrifugó por 30 minutos a 2,000 r.p.m. Se separó nuevamente la capa acuosa y se lavó con la misma cantidad de borato amortiguado.

Se sacó la capa de butanol y se trasvasó a un tubo de centrífuga de 15 cc. que contenía 10 cc. de heptano purificado y 1.5 de formiato amortiguado de pH 4, se agitó por 5 minutos y se centrifugó por 30 minutos a 2,000 r.p.m.

Se retiró la capa de heptano y la solución acuosa que contenía la serotonina se utilizó para aplicar la técnica colorimética.

La solución acuosa que contenía la serotonina se completó a 2 cc., con agua destilada y se agregó 0.5 cc. del reactivo de Folin Ciccalteau, más 1.5 cc. de carbonato de sodio al 15%, más 2 cc. de agua destilada caliente a 30 grados centígrados; se esperó 20 minutos y se produjo color azul en relación con la concentración de serotonina y se apreció la intensidad del color en el espectrofotómetro de Beckman modelo DU con una longitud de onda de 755 mu. Se trabajó con la mitad de la fórmula.

Los materiales que se necesitaron, fueron los siguientes:

Tubos de centrífuga de 15 cc. con tapa.— Pipetas graduadas al décimo, al centésimo, etc.— Fiolas con tapa, de 500 cc. de capacidad.— Vasos de Bohemia de 200 cc.— Probetas de 200 cc.— Centrífuga de 3,000 a 4,000 r.p.m.— Espectrofotómetro de Beckman modelo DU. Los reactivos fueron los que se indican a continuación:

Borato amortiguado, de pH 10.
Cloruro de sodio Q.P.
N-Butanol, purificado.
Formiato de sodio amortiguado, de pH 4.
Heptano purificado.
Carbonato de sodio al 15%.
Reactivo de Folin Ciccalteau.
Agua destilada, calentada a 30 grados centígrados.

Preparación y purificación de los reactivos.—

a) Borato amortiguado.— Se disolvieron 94.2 gramos de ácido bórico en 3 litros de agua, a los que se añadió 165 cc. de una solución de NAOH 10 N; se saturó con N-Butanol y exceso de cloruro sódico se agitó y finalmente se llevó a pH 10.

b) N-Butanol.— Se purificó por agitación con un volumen igual de NAOH 0.1/N; luego con otro volumen igual de HCl 0.1/N y se lavó 2 veces con agua destilada.
c) Heptano.— Se purificó en igual forma que el N-butanol.
d) Formiato amortiguado.— 0.5 M de pH 4.
e) Solución de carbonato de sodio.— Se pesó 15 gr. de carbonato de sodio que se disolvieron en 100 cc. de agua destilada.

Preparación del blanco.— Se tomó 1.5 cc. de agua destilada y se siguió la técnica usada para extraer serotonina del suero de la sangre. Este blanco se utilizó durante el desarrollo de la técnica colorimétrica para determinar serotonina en las muestras.

Preparación de la solución estandard de serotonina.— Se utilizó el complejo de sulfato de creatinina y serotonina, proporcionado por los laboratorios Abbott.

Se pesaron 11 miligramos de la sal y se disolvieron en 50 cc. de agua destilada, para obtener el stock, de tal manera que 1 cc. de la solución stock contuviese 100 gammas de serotonina. A partir de esta solución stock, se hicieron los estandards con las siguientes diluciones: 1-0.9-0.8-0.7-0.6-0.5-0.4-0.3-0.2-0.1-0.09 gammas por cc. Con estas soluciones se efectuaron las reacciones colorimétricas con el reactivo de Folin Ciocalteau y después de 20 minutos se hicieron las apreciaciones correspondientes en el espectrofotómetro; con ellas se elaboró la curva estandard, a la vez que se obtenía el factor promedio como resultado de dividir la concentración del estandard entre la densidad del estandard:

$$\frac{C.St}{d.St} = \text{Factor}$$

El factor del standard se elaboró con los datos siguientes:

CUADRO Nº 1

Concentración gammas por cc.	Lecturas	Factor
1	0.070	14.28
0.9	0.063	14.28
0.8	0.056	14.28
0.7	0.049	14.28
0.6	0.042	14.28
0.5	0.035	14.28
0.4	0.028	14.28
0.3	0.021	14.28
0.2	0.014	14.28
0.1	0 007	14.28

$$\frac{C.St.}{d.St.} = \frac{1}{0.007} = 14.28$$

Cálculos para obtener la concentración de serotonina.— La cifra que dio el espectrofotómetro; se multiplicó por el factor y el producto dio la concentración de serotonina en gammas por cc. de suero sanguíneo.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En 78 pacientes, de los que 61 eran esquizofrénicos del Hospital "Víctor Larco Herrera" y 17 oligofrénicos del Hospital "Santo Toribio de Mogrovejo", se determinó la concentración de serotonina sanguínea.

El análisis matemático estadístico de las cifras de serotonina sanguínea en esquizofrénicos, fue el siguiente.

CUADRO Nº 3

Serotonina	Media±E. St.	Desv. St.±E. St.	Coef. Variac.	Cifras Extr.
Gammas por cc. de suero	0.4810±0.017	0.1330±0.017	27%	0.12—0.78

El análisis matemático estadístico de las cifras de serotoninemia en oligofrénicos, va enseguida:

CUADRO Nº 4

Serotonina	Media±E. St.	Desv. St.±E. St.	Coef. Variac.	Cifras Extr.
Gammas por cc. de suero	0.512±0.038	0.153±0.038	29.29%	0.28—0.70

Reuniendo los resultados en grupos de frecuencias, en 78 enfermos mentales, se tuvo los siguientes:

CUADRO Nº 5

Grupos de frecuencias	Número de observaciones
0.10—0.19	1
0.20—0.29	6
0.30—0.39	14
0.40—0.49	24
0.50—0.59	17
0.60—0.69	8
0.70—0.79	8

Las comprobaciones efectuadas permiten afirmar que al cuantificar serotoninemia en esquizofrénicos y oligofrénicos, las cifras estadísticas en los dos grupos son muy semejantes; así, los promedios en los esquizofrénicos fueron de 0.4810±0.017 gammas por cc. de suero sanguíneo y las cifras extremas de 0.12 a 0.78 gammas de serotonina por cc. de suero sanguíneo; en los oligofrénicos la cifra media fue de 0.512±0.038, con limites fiduciales 0.28 a 0.78.

La diferencia promedio fue de 0.031±0.041 equivalente a 6.05%, sin significado estadístico, probando que no hay diferencia de concentración de serotonina sanguínea en estas enfermedades mentales. Reuniendo las cifras, para obtener un promedio de serotoninemia en enfermos mentales, se tendría 0.496 gammas de serotonina sanguínea y cifras extremas de 0.12 a 0.78. Si se comparan estas cifras con las halladas en Lima por Francisca Gallegos (20) en sujetos aparentemente sanos, que fueron para menores de 30 años 0.48 gammas de serotonina por cc. de suero sanguíneo y para mayores de 30 años 0.37 gammas de serotonina por cc. de suero sanguíneo, con promedio de 0.42 gammas de serotoninemia por cc. de suero, se comprueba que sólo hay muy pequeña diferencia de 0.07 gammas de serotonina sanguínea por cc. lo que demostraría que la concentración de serotonina en enfermos mentales no ofrece variaciones cuantitativas en relación con los sujetos aparentemente sanos, y confirma aún más este criterio si observamos el histograma de frecuencias el cual tiene caracteres de una curva normal y comparando con el histograma obtenido por Francisca Gallegos en sujetos aparentemente sanos presenta la misma configuración. Estos resultados estarian de acuerdo con las investigaciones de Feldstein y colaboradores quienes encontraron que la serotonina sanguínea de esquizofrénicos, determinada por fluorometría, según la técnica de Udenfriend y colaboradores, no difiere significativamente de la de sujetos normales, pues, las cifras fueron alrededor de 0.1 a 0.3 gammas de serotonina por cc. de sangre.

Masnatta refiere que Pare y colaboradores encontraron cantidad muy reducida de serotonina en los casos de oligofrenia fenilpirúvica.

Los resultados obtenidos, me sitúan en el grupo de los investigadores que no han encontrado variaciones cuantitativas de serotoninemia en enfermos mentales, particularmente en esquizofrénicos, y oligofrénicos.

CONCLUSIONES

1.— Se estudió, por primera vez en el Perú, las variaciones de la serotonina sanguínea en pacientes esquizofrénicos y oligofrénicos.
2.— Se investigó las variaciones cuantitativas de la serotoninemia en 61 esquizofrénicos y 17 oligofrénicos, empleando la técnica de Udenfriend y colaboradores, que utiliza el espectrofotómetro de Beckman modelo DU, con una longitud de onda de 755 milimicrones.

3.— En 61 esquizofrénicos (hombres y mujeres) la serotonina osciló de 0.12 a 0.78 gammas por cc. de suero, con una media de 0.4810, con desviación standard de ±0.1330, error standard ±0.017 y coeficiente de variación de 27%.

4.— En oligofrénicos (hombres y mujeres) la seretoninemia osciló entre 0.28 a 0.78 gammas por cc.; con una media de 0.512 gammas, desviación standard de ±0.153, error standard ±0.038 y coeficiente de variación de 29.29%.

5.— No hubo diferencia significativa en el contenido de serotonina sanguínea entre esquizofrénicos y oligofrénicos.

6.— La concentración de serotonina sanguínea en enfermos mentales, es semejante a la concentración de serotonina en sujetos aparentemente sanos.

BIBLIOGRAFIA

FELDSTEIN, A. H. : On the relationship of serotonin to schizophrenia. *Science*. 128:358, 1958.

GALLEGOS, F. : Comunicación personal.

MASNATTA, G. : La serotonina. *Pren. Med. Argent*. 39:2984, 1957.

UDENFRIEND S., and WEISSBACH H. : Estudies on serotonin (5-hydroxytryptamine) in platelets. *Fed. Proc*. 13:412, 1954.

UDENFRIEND, S. CARROLL T., CLARK and TITUS E. : Hydroxilation of the 5-position of tryptophan as fist step in its metabolic conversion to 5 hydroxytryptamine (serotonin). *Fed. Proc*. 12:282, 1953.

UDENFRIEND S. WEISSBACH H. and CLARK C. T. : The estimation of 5-hydroxytryptamine (serotonin) in biological tissues. *J. Biol. Chem*. 215:337, 1955.

WEINER y UDENFRIEND S. : Serotonina, coagulación y hemóstasis. *La Semana Médica*. 111:602, 1957.

WOOLLEY D. W. and SHAW E. : A biochemical suggestion about certain mental disorders. *Science*. 119:587, 1954.

WOOLLEY D. F. and SHAW E. : A biochemical and pharmacological suggestion about certain mental disorders. *Proced. of the National Academy of Sciences*. 40:228, 1954.

WOOLLEY D. F. and SHAW E. : Methylserotonins as potent antimetabolites of serotonin. *J. Pharmacy and Pharmacol*. 8:1168, 1956.

WOOLLEY D. W. and SHAW E. : Some neurophysiological aspects of serotonin. *British Medical J*. 4880:122, 1954.

ZUCKER M. B. and RAPPORT M. M. : Identification and quantitative determination of serotonin (5-HT) in blood platelets. *Fed. Proc*. 85:282, 1954.

ZUCKER M. B. and RAPPORT M. M. : Identification and quantitative determination of serotonin in platelets the source of serum serotonin. *Fed. Proc*. 85:170, 1954.

ZUCKER M. B., FRIEDMAN B. K. and RAPPORT M. M. : Identification and quantitative determination of serotonin (5-hydroxytryptamine) in blood platelets. *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med*. 85:282, 1954.

ASPECTOS DE LA FUNCION VISOMOTORA EN POBLADORES ANDINOS MIGRADOS A LIMA

por Carlos Bambarén Vigil

Mientras nos encontrábamos estudiando la función visomotora en sujetos adultos peruanos, en especial con instrucción media o superior, tuvimos la oportunidad de entrevistar a un grupo pequeño de habitantes de la Sierra, migrados a Lima, sin instrucción o con un grado elemental de ella, llamándonos la atención las características de las pruebas realizadas por ellos. En la presente comunicación exponemos los resultados obtenidos, sin pretender, por lo escaso del material, formular conclusiones ni menos aún generalizaciones.

MATERIAL Y METODO

El material está formado por la copia de los estímulos visuales de la prueba de Lauretta Bender, que cada sujeto realizó en forma individual utilizando lápiz y una hoja de papel blanco sin rayas. La técnica empleada fue la "standard" sin ninguna modificación.

De los 20 sujetos, 8 son hombres y 12 mujeres, todos ellos oriundos de algunos departamentos de la Sierra del Perú, con 2 o más años de residencia en Lima, cuyas edades oscilaban entre 17 y 33 años. Más de la mitad son analfabetos y la totalidad pertenecen a la clase obrera. (Cuadro Nº 1).

El análisis de cada una de las pruebas se llevó a cabo en sus aspectos cualitativo y cuantitativo, empleando hasta donde ha permitido lo singular de la mayoría de las reproducciones, las escalas más conocidas: la de Bender para el primero y la de Pascal y Suttell para el segundo. Asimismo, se consignó el tiempo empleado y el grado de colaboración (escala de D. Shakow).

RESULTADOS

I. *Análisis cualitativo*

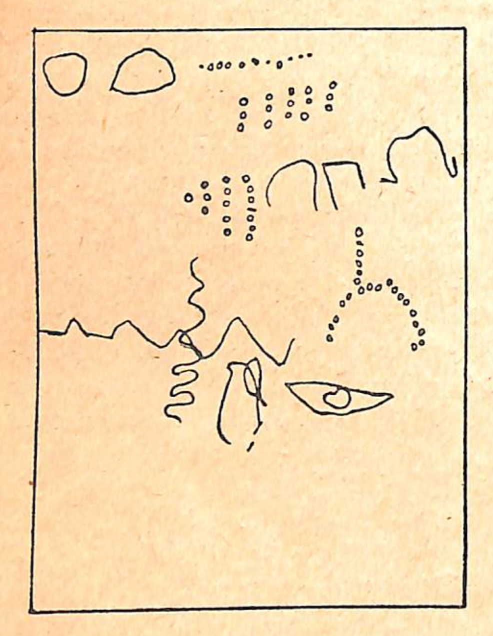
Comparando las características de las figuras dibujadas con las que aparecen en el "Cuadro de Normas de Maduración" de Bender, a fín de determinar el nivel de maduración de los sujetos estudiados, se ha podido establecer que de los 8 varones 6 alcanzan a los 11 años y 2 a los 7 años; de las

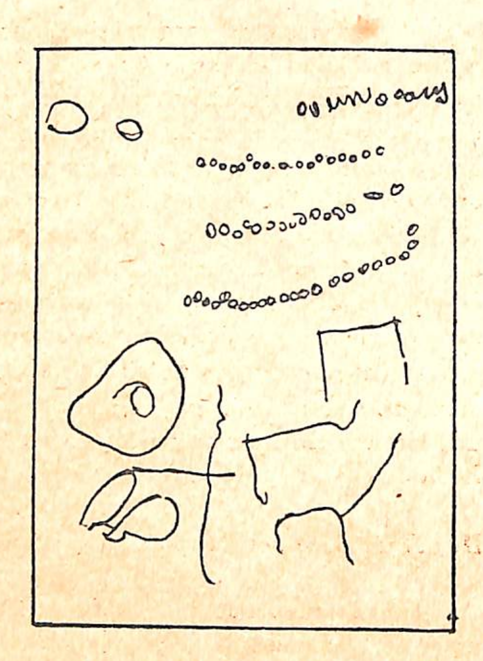
CUADRO Nº 1. CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS

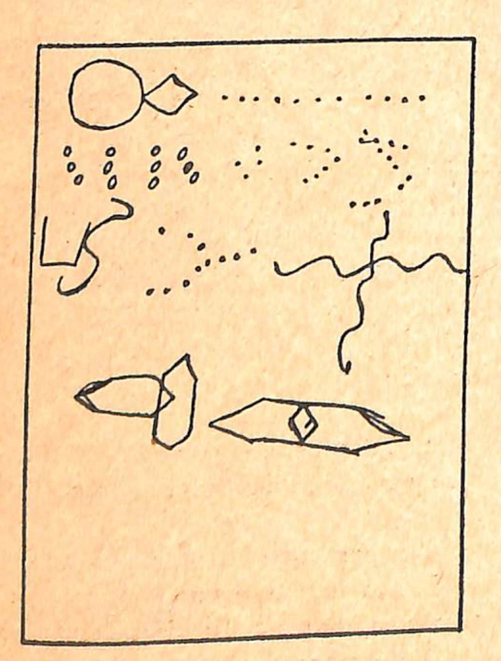
Sujeto	Edad	Sexo	Origen	Instrucción	Ocupación	Tiempo en Lima
1	33	M.	Huancavelica	1º P.	Doméstico	13 años
2	21	M.	Ayacucho	5º P.	Chofer	3 ,,
3	18	M.	Ayacucho	3º P.	Doméstico	4 ,,
4	21	M.	Apurímac	2º P.	Lavador	2 ,,
5	24	M.	Ayacucho	5º P.	Carpintero	? ,,
6	24	M.	Ayacucho	5º P.	Topiquero	15 ,,
7	23	M.	Ancash	2º P.	Embalador	? ,,
8	21	M.	Ayacucho	4º P.	Albañil	6 ,,
9	29	F.	Junín	Analfabeta	Peón hacienda	20 ,,
10	17	F.	Huancavelica	,,	,, ,,	4 ,,
11	23	F.	Ayacucho	,,	,, ,,	8 ,,
12	25	F.	Huancavelica	,,	,, ,,	8 ,,
13	18	F.	Ancash	,,	,, ,,	11 ,,
14	27	F.	Ayacucho	,,	,, ,,	8 ,,
15	17	F.	,,	,,	,, ,,	3 ,,
16	21	F.	,,	,,	,, ,,	7 ,,
17	26	F.	,,	,,	,, ,,	4 ,,
18	23	F.	Huancavelica	,,	,, ,,	11 ,,
19	19	F.	Ayacucho	,,	Doméstica	3 ,,
20	17	F.	,,	2º P.	,,	10 ,,

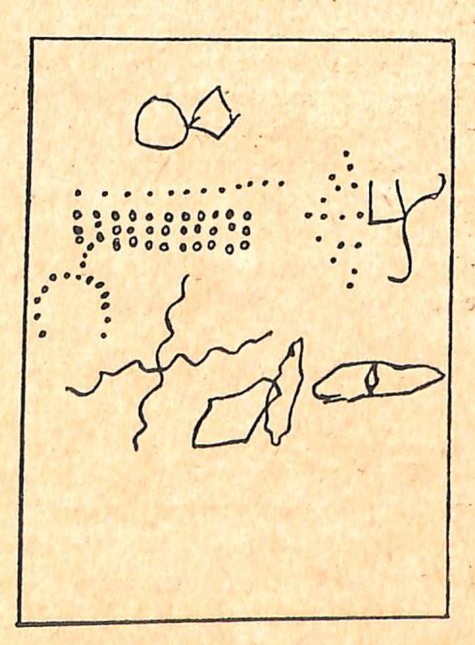
12 mujeres una llega al nivel de los 10 años y el resto oscila entre 4 y 7 años. Si tenemos en cuenta que es un hecho aceptado que a los 11 años, los niños reproducen la totalidad de los estímulos y que posteriormente en la edad adulta únicamente se perfecciona el aspecto motor lográndose con mayor fidelidad los tamaños, distancias y detalles, hemos de aceptar que la mayoría de los probandos sólo alcanza niveles inferiores, a pesar de que la edad mínima en el grupo estudiado rebasa en 6 años la edad-límite señalada anteriormente. (Cuadro Nº 2).

Revisando las características en las reproducciones de cada uno de los 9 estímulos que componen la prueba, se advierte fácilmente, que aquellas que se aproximan más al modelo y que son las menos frecuentes, ostentan sin embargo fallas, muchas veces groseras, en lo que se refiere a proporciones, angulación, curvas, mantenimiento de la horizontalidad y orientación espacial. En el resto de las pruebas destacan sobre todo características muy primitivas. El empleo de redondeles, expresión simple de actividad motora, para la reproducción y confección de los dibujos es casi la regla, la perseveración de elementos dentro de una misma figura, así como también aquella que resulta de repetir, frente a un nuevo estímulo, las características del anterior tampoco es infrecuente. Se advierte groseras disociaciones de los componentes de cada conjunto, simplificación de las líneas complejas y por lo menos en una ocasión fue imposible lograr el entrecruzamiento de líneas.









Pruebas realizadas por 4 de los sujetos de la experiencia, en las cuales destaca la simplificación, perseveración, primitivización y deficiente orientación de las reproducciones.

Sin embargo, es necesario señalar, que aún en las pruebas que muestran menos fidelidad, es posible descubrir las formas básicas de los modelos, como si el sujeto percibiera en forma más o menos correcta, pero encontrará dificultad en la reproducción ajustada resultando en unos casos figuras muy deformadas y en otros la máxima simplificación, como expresión quizás de una suerte de facilitación ante la dificultad de la tarea impuesta.

En cuanto al empleo del espacio se ha podido verificar en algunas pruebas falta de conservación de los límites entre figura y figura, invadiéndose el espacio propio o superponiéndose parte de los elementos de los dibujos. Sólo en un caso pudo advertirse tendencia a ocupar áreas grandes, llegando a la utilización de dos hojas de papel, obteniéndose en cierto modo un fenómeno que recordaba el "horror vacui". Con pocas excepciones, los probandos mantuvieron un orden lógico en la distribución de las reproducciones en la hoja.

II. *Análisis cuantitativo*

Hemos empleado el método de Pascal y Suttell, en primer lugar porque es en el que tenemos mayor experiencia, en segundo lugar, porque se fundamente en principios que no toman en cuenta la "belleza" de las reproducciones, sino únicamente los aspectos de percepción y reproducción de formas. Como las escalas de conversión de estos autores sólo son válidas en sujetos mayores de 15 años y con un año de instrucción media por lo menos, nos contentamos con determinar el puntaje simple, que de todos modos puede permitirnos algunas consideraciones.

Los resultados en nuestros sujetos oscilan entre 35 y 140 puntos. Al igual que ellos consideran 80 como límite máximo de "normalidad" en el puntaje "corregido", nosotros hemos tomado la equivalencia de 46 en el puntaje simple, encontrando que sólo 4 de los individuos estudiados está por debajo de esta cifra. (Cuadro Nº 2).

III. *Tiempo empleado y grado de colaboración*

El tiempo promedio por prueba fue de 17 minutos, con variaciones entre 8 y 35, resultados que pueden considerarse dentro de límites aceptados como los más frecuentes. (Cuadro Nº 2).

Sólo en un sujeto hubo de exigírsele algo para que culminara su tarea, los restantes 19 la realizaron demostrando franco interés o por lo menos deseos de colaborar con el examinador. Todos comprendieron perfectamente las instrucciones y sólo una dibujó espontáneamente antes de indicársele que podía comenzar.

CUADRO Nº 2. RESULTADOS GENERALES

Sujeto	Nivel-maduración (años)	Puntaje Pascal-Suttell	Tiempo	Colab.
1	7	69	15	A
2	11	125	12	A
3	11	54	15	A
4	11	36	20	A
5	11	71	10	B
6	11	35	20	A
7	11	66	30	B
8	7	42	10	B
9	5—6	101	15	B
10	4—5	129	12	A
11	5—6	105	14	B
12	5—6	106	20	B
13	5—6	114	25	B
14	5	140	11	A
15	4—5	132	16	B
16	6	76	14	B
17	6	89	8	A
18	7	61	17	B
19	4	120	20	B
20	10	46	35	C

COMENTARIO

Aún cuando reconocemos que la muestra estudiada es muy pequeña, nos parece interesante formular algunas reflexiones acerca de los resultados obtenidos, intentando una hipótesis de interpretación, en ausencia de datos de comparación estadística.

Indudablemente la mayoría de los sujetos de nuestro estudio pueden y deben ser considerados como "primitivos", en el sentido de ingenuidad e inexperiencia y que no han recibido mayor instrucción escolar, ni han estado sometidos a las normas culturales de un sujeto civilizado. En este aspecto es interesante observar que los resultados mejores, corresponden a aquéllos que por lo menos habían cursado instrucción elemental. Ahora bien, la escolaridad, según lo han comprobado otros investigadores, influye en un rendimiento mejor, no por el bagaje de conocimientos, sino por la experiencia que proporciona al sujeto, familiarizádolo con el uso de elementos (lápiz, papel), lo que permite una reproducción más "fiel" de los modelos. L. Bender, que analizó la percepción y reproducción de dibujos en un grupo de niños africanos "primitivos" estudiados por W. Nissen, concluyó que "eran capaces de copiar con lápiz y papel con la misma facilidad que el norteamericano medio educado; inclusive parecía existir más altos niveles de maduración cotejando niveles de edad iguales o similares". Nos parece igualmente de gran interés que los mejores rendimientos

hayan sido obtenidos por los sujetos que desempeñaban labores diferentes a las que habían desarrollado en su terruño; en cambio aquéllos que se dedicaban a labores agrícolas, dentro de un marco ambiental, muy semejante al de su lugar de orígen, ostentan los niveles de maduración más bajos. Esto quizás permita comprender la falta de correlación con el tiempo de residencia en Lima y la aparente diferencia entre los sexos, desde que en los hombres predominaba el primer tipo de actividad.

Si en la reproducción de formas percibidas, interviene como factor importante la experiencia previa del sujeto y la estructuración de su mundo circundante, podemos quizás vislumbrar allí la explicación de los fenómenos observados. A este respecto nos parece de gran interés, referirnos al hecho singular, de haber obtenido respuestas muy diversas, utilizando los modelos como elementos proyectivos, y que significativamente se referían a elementos de la naturaleza en los sujetos que ostentan más bajo maduración. Se acepta que la interpretación de los estímulos interfiere entre la percepción y la ejecución.

En resumen planteamos la hipótesis de que los resultados obtenidos expresan un nivel primitivo en la capacidad visomotora de los sujetos estudiados, entre los cuales se producen diferencias que podrían estar en relación con el mayor o menor grado de transculturación alcanzado.

BIBLIOGRAFIA

BAMBARÉN VIGIL, C. : La prueba de Lauretta Bender en esquizofrénicos. Cron. Med., 74: 137-175, 1957.

BAMBARÉN VIGIL, C. : La prueba de Bender en la intoxicación experimental con la LSD 25. Rev. Neuropsiquiat., 20: 588-607, 1957.

BENDER, L. : Test Guestaltico Visomotor. Bs. As., Ed. Paidos, 1955.

PASCAL, G. & SUTTELL, B. : The Bender Gestalt Test; its quantification and validity for adults. New York, Grune & Stratton, 1951.

EDITORIAL

EL AÑO MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

La Federación Mundial para la Salud Mental ha declarado al año actual como el Año de la Salud Mental. La Federación es una organización internacional, voluntaria, no gubernamental, que tiene como objetivo fomentar buenas relaciones humanas entre todos los pueblos y naciones, así como un nivel lo más elevado posible de salud mental. Fundada en 1948, cuenta actualmente con 113 asociaciones-miembros, de las cuales 106 proceden de 42 países y 3 territorios dependientes, y 7 son a su vez organismos internacionales.

El Año Mundial de la Salud Mental no es "un año" en el sentido de doce o dieciocho meses de particular actividad y que ha de finalizar en el Congreso Internacional de Salud Mental. en París, en 1961; como tampoco ha de ser dicho Congreso su punto culminante. El propósito del World Mental Health Year (WMHY) es promover y planificar la realización de un programa de largo alcance y concentrar la atención sobre un cierto número de actividades que han de continuar indefinidamente. Mientras que la mayor parte de proyectos están aún en la fase de elaboración, y por lo tanto su labor habrá de continuarse durante un tiempo relativamente considerable, será posible ir dando cuenta, periódicamente, de los progresos alcanzados.

El 'WMHY' contempla la posibilidad de un esfuerzo bastante grande durante dos años aproximadamente y la necesidad de continuar muchas de sus actividades durante un período considerablemente prolongado. Para los proyectos principales se necesita llevar a cabo investigaciones preliminares, y la actividad que ha de surgir de dicha labor tomará para su programación por lo menos tres o cuatro años más.

Es muy satisfactorio comprobar que el gobierno del Perú ha sido el primero en donar fondos para trabajos a realizarse en este país en conexión con el 'WMHY', según informa la Federación, en su Boletín N° 2.

Como es bien conocido, la Federación sugirió cinco proyectos principales de investigación, cada uno de los cuales tiene una base amplia, pero los planes detallados habrán de ser, naturalmente, diferentes. Cada proyecto habrá de necesitar un Coordinador o Jefe Investigador, y un número de colaboradores en diversos países, que podrían prestar su contribución haciendo estudios, investigaciones o actuando bajo la dirección general del coordinador.

El planeamiento para la óptima utilización del material humano y de los recursos financieros, en cada uno de dichos proyectos, es de por sí un proyecto mayor de estudio e investigación, porque aunque se posea cierto conocimiento de todos estos campos, la profundidad de lo desconocido es considerable.

Los objetivos del Año de la Salud Mental han de ser, acumular conocimientos mejores y más seguros sobre los hechos existentes, así como iniciar la acción en donde sea posible, y evaluar los resultados de tales actividades. Los resultados de dichas investigaciones y de las nuevas tareas instituídas a fin de alcanzar el próximo objetivo a realizar, en cada país o área del mundo que coopera, serán de gran valor, no solamente para los países menos privilegiados, sino también para los que se hallan en un estado de mayor desarrollo.

Cada uno de los proyectos necesitará:

1. Investigación y evaluación de los trabajos y de la literatura existentes en el campo particular, muchos de los cuales posiblemente serán relevantes, sólo hasta cierto punto, para las necesidades de cada país.

2. Plena utilización de la experiencia de entidades tales como la UN, ILO, UNESCO, OMS, FAO, UNTAA, UNICEF, ICA, el Plan Colombo, las Agencias Regionales Intergubernamentales, la Rockefeller Foundation y otras fundaciones más, con el fin de utilizar plenamente lo que es conocido y evitar así desperdiciar esfuerzos.

3. Visitas por parte de los Coordinadores y otros miembros del equipo de Coordinadores, a países o áreas seleccionadas con el propósito de reunirse con grupos de especialistas en las diversas profesiones implicadas, dirigir las encuestas empíricas e identificar a la gente adecuada para desempeñarse como miembro del equipo de investigación de cada proyecto. También habrá necesidad de efectuar reuniones y conferencias regionales, así como seminarios de enseñanza para aquellos que tendrán a su vez que enseñar a otros, o que tienen posiciones de responsabilidad, ya sea en funciones administrativas o terapéuticas.

4. El establecimiento de equipos de colaboradores seleccionados para desarrollar cada uno de éstos proyectos, ya que se trata fundamentalmente de proyectos "de campo" y no de laboratorio.

Cada uno de los cinco proyectos tiene el propósito teórico de establecer un mayor conocimiento objetivo y una mayor aplicación práctica, en el sentido de mejorar los servicios y otorgar facilidades, que promuevan a un mejor desarrollo de la salud mental. En el proyecto para el estudio de la salud mental en la infancia, uno de los objetivos teóricos importantes es el de arrojar luz sobre las relaciones internas y externas de la familia, y sobre los factores

que conducen al funcionamiento y seguridad óptimos de la misma, particularmente bajo circunstancias sociales cambiantes. Inversamente, se espera también hallar los tipos de alteraciones que son perjudiciales para desarrollo del niño. Una conclusión práctica e importante de todo ello, será el establecimiento de principios, sobre los que puedan basarse los servicios consultivos y las clínicas infantiles.

El propósito teórico fundamental en el estudio de las actitudes frente a los trastornos mentales, será comprender más específicamente por qué razones la gente reacciona, en la forma como lo hace, hacia aquellos que sufren trastornos psicológicos. Dicho conocimiento ayudaría a hacer planes para asegurar un tratamiento precoz y descubrir las enfermedades psíquicas.

El objetivo teórico en el proyecto de enseñanza de los principios de salud mental en la educación de profesionales, es asegurar una mayor comprensión de los fundamentos de como formar personal capaz de tratar con la gente y de llevar a cabo sus deberes con la mayor comprensión posible de los problemas reales involucrados en éllos.

En el terreno de la industrialización en desarrollo, el propósito teórico fundamental es incrementar el conocimiento de las relaciones interpersonales en la "situación de trabajo", con el objetivo práctico, entre otros ,de aumentar las satisfacciones en esa situación.

En el proyecto de estudiar los problemas psicológicos planteados por las migraciones, la urgencia de los objetivos prácticos puede parecer de más importancia que los progresos teóricos en el conocimiento. La real seriedad del problema del refugiado no ha sido suficientemente apreciada. Se calcula que existen por lo menos 15 millones de personas en el mundo de hoy destituídas y aún en situación incierta, Hablando en forma general, se puede decir que aquéllos que se han ocupado del problema del refugiado han podido tratar sólo los problemas materiales que se les han presentado, pero a medida que los años pasan y sin que se encare adecuadamente a los nuevos refugiados, los problemas de actitud y adaptación podrán impedir llegar a una solución.

Se espera también establecer principios para afrontar las migraciones en general, con el propósito de promover el bienestar humano, y minimizar la miseria. Si bien la solución inmediata del problema es imposible, los resultados a largo plazo del proyecto no serán por ello menos valiosos.

Como ya dijimos cada proyecto está destinado a extenderse durante un periodo de tres o cuatro años aproximadamente. Puesto que la tarea a emprender es en su mayor parte desconocida y los proyectos son relativamente nuevos, es probable que muchos de los planes habrán de surgir recién a partir del primer año de labor. Por ejemplo, habrá que tomar algunas medidas para la realización de los seminarios especiales de enseñanza, y otras formas de pequeñas conferencias internacionales, aunque estas últimas probablemente no tendrán lugar durante el primer año. Estas surgirán como resultado de las actividades del primer año, pero, eventualmente adquirirán valor significativo, como material de enseñanza para graduados sobre salud mental.

La responsabilidad de la dirección total y asesoramiento de estos cinco proyectos estará a cargo del Dr. Kenneth Soddy, Director Científico de la Federación Mundial. Colaborando con él estará el Comité Científico de la Federación, compuesto por el Profesor Dr. H. C. Rümke (Países Bajos), Presidente, el Profesor Otto Klineberg (Estados Unidos), el Profesor Daniel Lagache, (Francia), el Dr. David Levy (Estados Unidos), el Profesor William Line, (Canadá), la Dra. Margaret Mead (Estados Unidos), el Profesor Rev. E. F. O'Doherty (Irlanda) y el Dr. Paul Sivadon (Francia).

Por iniciativa de la Asociación Psiquiátrica Peruana, la Sociedad de Neuro-psiquiatria y la Liga de Higiene Mental, diversos grupos de médicos peruanos han organizado planes de investigaciones científicas. Con motivo del 'WMHY'. Tenemos información de que el Dr. Honorio Delgado y colaboradores, de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lima, preparan un trabajo sobre la enseñanza de la medicina psicológica en el Perú, uno de los temas de investigación propugnados por la Federación Mundial para la Salud Mental. El Dr. Baltazar Caravedo, Jefe del Departamento de Higiene Mental del Ministerio de Salud Pública, presentará dos interesantes contribuciones, una sobre la determinación de alteraciones psíquicas en gerentes de empresas y líderes sindicales (en colaboración con el Dr. Oscar Valdivia) publicado en este número, y, otra, sobre estudios psicológicos en los estudiantes universitarios (en asociación con el Dr. Arnaldo Cano). El grupo del Dr. Humberto Rotondo, que ha hecho importantes contribuciones en relación a los problemas delictivos y morales de una zona urbana en estado de desorganización, tiene en preparación un nuevo estudio sobre la morbilidad psiquiátrica en áreas urbanas y rurales de Lima. El Departamento de Psiquiatría del Hospital de Policía va a contribuir, asimismo, con las celebraciones mencionadas, mediante trabajos sobre los factores psicodinámicos del alcoholismo en el Perú, características psicológicas del adolescente peruano y morbilidad psiquiátrica en un hospital general. El Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima (Dr. C. A. Seguín y colaboradores) están trabajando con las peculiaridades de las reacciones psicopáticas en ese ambiente.

NOTICIAS PSIQUIATRICAS NACIONALES

Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima.

Ha comenzado, en el Servicio, el entrenamiento en la técnica de Psicoterapia de Grupo. Dicho entrenamiento se está realizando bajo la dirección del Dr. Renato Castro. El curso consiste en charlas de introducción teórica y sesiones de psicoterapia de grupo en presencia de un observador. Estas sesiones se graban para ser después estudiadas y discutidas por los interesados.

Siguiendo la iniciativa del Dr. Dean Claire, un grupo de psiquiatras del Servicio en colaboración con el personal de la Escuela del Servicio Social del Perú, ha empezado a realizar una investigación sobre las opiniones y actitudes del público acerca de las enfermedades psiquiátricas y los psiquiatras. La investigación se está realizando mediante entrevistas personales a grupos de diferentes niveles sociales.

El Dr. Salomón Machover y su esposa la Dra. Machover visitaron nuestro Servicio en el mes de Julio. Los Drs. Machover se encontraban en Lima de paso para Río de Janeiro. El Dr. Salomón Machover es Psicólogo Jefe del Kings County Psychiatric Hospital en Brooklyn, New York y la Dra. Karen Machover es muy conocida como iniciadora del uso de la figura humana como test de personalidad.

Otro visitante, que nos ha honrado con su presencia, ha sido el Dr. Robert Malmo, Jefe del Departamento de Psicología del Allan Memorial Institute, de la Universidad de Mac Gill en Montreal.

El Dr. Carlos Alberto Seguín ha pasado 15 días en la selva peruana, con un propósito de visión y estudio. El Dr. Seguín ha visitado varias tribus shipibo que habitan en las márgenes del río Ucayali y la laguna Yarinacocha. En estos estudios, el Dr. Seguín ha sido ayudado por el personal del Instituto Lingüístico de Verano.

Liga Peruana contra la Epilepsia.

Nos informan que el Dr. Federico Sal y Rosas fue reelegido presidente de la Junta Directiva de la Liga Peruana contra la Epilepsia para el período 1959-1960. Integran dicha Junta los Drs. Sebastián Lorente, Vicepresidente;

José Sánchez García, Secretario General; Carlos García Pacheco, Tesorero y Hugo Delgado, Secretario de Actas. Felicitamos efusivamente a la nueva Junta Directiva y hacemos votos por una labor efectiva y promisora.

Asociación Psiquiátrica Peruana.

Nuestro Vicepresidente Dr. Baltazar Caravedo retornó de su jira por los países europeos, después de haber asistido a la Asamblea Anual de la Federación Mundial para la Salud Mental.

SOCIEDAD DE AYUDA AL ENFERMO MENTAL

Memoria de la Presidenta, Sra. Emma de Rotondo, correspondiente al ejercicio 1959-1960.

La Junta Directiva que he tenido el honor de presidir inició sus actividades, de acuerdo con los Estatutos, en el mes de Junio de 1959. Con el fin de proseguir en la forma más eficiente la obra realizada por las anteriores Directivas, se elaboró un plan de acción que surgió como corolario de las visitas a los diferentes pabellones del Hospital "Víctor Larco Herrera", para conocer de cerca las necesidades de los pacientes, tanto internados como de los que acuden a los consultorios externos; de conversaciones y reuniones periódicas con miembros de la Asociación de médicos de ese Hospital, de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y de la Asociación Psiquiátrica Peruana, con el fin de recibir sugerencias técnicas acerca de la ayuda más efectiva que pudiera prestarse para conseguir la rehabilitación de los enfermos mentales; y finalmente de los acuerdos adoptados en las sesiones ordinarias de la Sociedad. Creemos cumplir un deber agradeciendo la colaboración recibida en estas oportunidades y en especial al doctor Juan F. Valega, Director del Hospital "Víctor Larco Herrera", quien en todo momento nos ha dispensado su apoyo y consejo, demostrando fina sensibilidad social.

El plan desarrollado durante este año de labor ha comprendido los siguientes aspectos:

1. Actividades internas, referentes a la Sociedad de Ayuda al Enfermo Mental o en pró de la misma.

2. Actividades de "casos", prestando ayuda material a enfermos mentales necesitados y a sus familiares.

3. Actividades en favor de la rehabilitación de los enfermos mentales.

4. Actividades dirigidas hacia la colectividad para lograr su acercamiento al hospital mental y una comprensión mejor de los pacientes que sufren alteraciones psíquicas.

5. Actividades orientadas a conseguir la realización de un objetivo "a largo plazo": la creación de un "Centro de atención psiquiátrica diurno".

ACTIVIDADES INTERNAS. a) *Personería jurídica de la Sociedad.* Se iniciaron las gestiones para obtener la personería jurídica de la Sociedad ante el Notario público doctor Costa Saenz, habiéndose dado término a ellas en abril de 1960.

b) *Fondos de la institución.* La Junta Directiva decidió trasladar los fondos existentes de una cuenta corriente en el Banco Internacional a una cuenta a plazo fijo con el 8% de interés y a una Libreta de Ahorros con el 5% de interés en el Banco de Crédito. Debemos resaltar que mediante las diversas actividades realizadas durante este año, la Sociedad ha duplicado prácticamente los fondos con que contaba al principio de nuestro ejercicio, habiéndose gestionado la apertura de una nueva Libreta de Ahorros con el dinero recaudado para el "Hospital de Día" y en la cual se reciben continuamente donaciones personales y corporativas como respuesta a las solicitudes formuladas ante diversas entidades bancarias y comerciales.

c) *Socias.* En la actualidad la Sociedad de Ayuda al enfermo mental ha llegado a contar con 180 socias entre activas, cooperadoras y benefactoras, merced a la labor de divulgación de la obra que lleva a cabo.

d) *Ayuda técnica.* Como la labor de ayuda a los enfermos mentales y a sus familiares requería orientación técnica, la Sociedad contrató los servicios profesionales de una Asistenta Social, la que ha contribuido eficazmente en la solución de los diversos problemas que le fueron encomendados.

e) *Actuaciones sociales.* Durante el año se han llevado a cabo diversas reuniones de beneficio en el domicilio de algunas socias y en el local del "Hogar del Médico". En este último se realizó un cocktail agasajando a los médicos que participaron en la Campaña de Salud Mental organizada por la Sociedad.

f) *Colaboración con otras instituciones.* La Sociedad tomó parte en la colecta pública y Semana Materno-Infantil, organizada por la Sociedad de Pediatría, cooperó en los bingos realizados por el Rotary Club de Lince, S.A.N.E. y la sociedad "16 amigas", y brindó su apoyo en todo momento a la obra que lleva a cabo la Liga de lucha contra la Epilepsia.

ACTIVIDADES DE CASOS. La Sociedad ha atendido numerosos "casos" con la colaboración de su Asistenta Social. Nuestra ayuda ha consistido en anulación de deudas, en unos casos y pago de las mismas en otros, obtención de hospedaje para pacientes en convalescencia, pago de la movilidad de pacientes que viven a gran distancia del Hospital, adquisición de anteojos, adquisición de medicamentos indispensables para el tratamiento, habiéndose cubierto en alguna oportunidad hasta el 50% del costo de la estancia de un paciente en clínica privada.

En otras ocasiones la ayuda no ha sido directamente económica, pero se ha conseguido tratamientos, matrículas en colegios especiales, exoneración de pagos, uniformes y útiles escolares.

El funcionamiento del Club de Madres (de los niños con problemas de conducta que son atendidos en el Pabellón 14 del Hospital "Victor Larco Herrera") fue posible gracias a nuestra colaboración solucionando el problema económico del valor de los pasajes, que era el obstáculo principal para que pudieran reunirse.

Por intermedio de las "Madrinas" de este mismo Pabellón, se obsequió ropa y calzado a todos los niños que allí se asisten, y calzado en el Pab. 7, debiendo destacarse que las chompas fueron confeccionadas de acuerdo con la talla por un grupo de damas.

ACTIVIDADES EN FAVOR DE LA REHABILITACION. La Junta Directiva hizo entrega durante el año al Director del Hospital "Víctor Larco Herrera", de sendas mesas de ping-pong, para el uso de los pacientes que se atienden en los pabellones 13 y 20 y tres pelotas de basket-ball.

Al igual que en años anteriores la SAEM ha contribuído constantemente a la laborterapia de los pacientes proporcionando el material que se le solicitaba para las diferentes actividades que ellos desarrollan. Las enfermeras de los diferentes pabellones organizan la confección y venta periódica de los artículos, siendo los fondos así obtenidos invertidos por cada pabellón y en forma independiente en la adquisición de nuevo material de labores o de algún implemento de trabajo o recreo (radios, etc.).

ACTIVIDADES DIRIGIDAS HACIA LA COLECTIVIDAD. El 30 de agosto, como es ya tradicional, se realizó la visita anual al Hospital para proceder al reparto de golosinas y artículos de tocador a 1,000 pacientes. Colaboraron con la SAEM en esta oportunidad los Comités de Damas de los Rotary Clubs de Lince y La Victoria, la Sociedad de Damas de Pediatría y las firmas comerciales "Copsa", "Hartinger" y Laboratorios "Anakol".

En el mes de noviembre se realizó una Campaña de Salud Mental, especialmente dirigida a los padres de familia y maestros, mediante charlas dictadas por médicos psiquiatras en diferentes planteles particulares, religiosos y laicos y en las Grandes Unidades Escolares. Asímismo se distribuyó entre los numerosos asistentes copias mimeografiadas de los siguientes trabajos editados por la Organización Mundial de la Salud y el Departamento de Higiene Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú: "Inquietudes y tensiones de la vida moderna" por W. Menninger; "Las enfermedades mentales y su curación" por P. Sivadon: "La adaptación del adolescente al mundo de los adultos" por Tsung-Yi-Lin; "El niño y su literatura" por E. Majluf; "Informe sobre educación sexual" por B. Caravedo; y "Problemas y posibilidades en la educación sexual" por H. Rotondo.

La SAEM organizó una Mesa Redonda sobre "Problemas de la asistencia de los enfermos mentales en el Perú" que fue trasmitida por televisión y

en la cual un grupo de especialistas discutió entusiastamente los principales aspectos de este importante problema.

Acogiendo una acertada sugerencia del doctor Mariano Querol, la SAEM obtuvo la gentil colaboración de la Librería Internacional del Perú, para realizar en sus salones de exhibición situados en el Pasaje Santa Rosa, una exposición de los trabajos realizados por los enfermos del "Hospital Larco Herrera" bajo la dirección de los médicos y enfermas que allí trabajan.

El numeroso público que asistió tuvo oportunidad de admirar trabajos en paja, madera, tejidos y bordados; al mismo tiempo que en una sección aparte pudo conocer de cerca diversos implementos usados en la antigüedad para la contención de los enfermos mentales. En este aspecto el Hospital contribuyó prestando algunos de los objetos con que cuenta en su museo. La exposición fue filmada y proyectada a través de la TV.

CENTRO DE ATENCION PSIQUIATRICA DIURNO. La Sociedad decidió apoyar el proyecto de este centro de atención que indudablemente redundará en beneficio de la asistencia de los enfermos mentales del país, ya que refleja la tendencia actual de la psiquiatría de abrir las puertas de los hospitales mentales y acercarlos a la comunidad. Especialmente el bajo costo de mantenimiento, en comparación con otros tipos de entidades asistenciales, permitirá brindar ayuda a un gran número de pacientes que ahora se ven privados de ella.

El día 27 de abril de 1960 se llevó a cabo una colecta pública con el fin de recaudar fondos para habilitar el funcionamiento de este local. En esta labor, la SAEM contó con la colaboración de las siguientes agrupaciones que respondieron eficientemente a nuestro llamado: Sociedad de Pediatría, Sociedad Israelita, Las Buenas Amigas, Sociedad Benéfica San Antonio, Cadena de la Amistad, Abrigo del anciano, SANE, Ex-alumnas del Colegio María Auxiliadora del Callao, Asociación Pro-Lázaros, Centro Femenino Tarmeño, Rotary Clubs de Lince, Miraflores, La Victoria, San Miguel, Breña, y del Rímac; Clubs de Leones de Miraflores, San Miguel y Callao; Cámara Junior de Lima y el Callao; Municipalidades del Callao, Bellavista y La Punta, Escuela de Servicio Social del Perú, Escuelas de Enfermeras de los Hospitales "Arzobispo Loayza", "Daniel Carrión" y "Víctor Larco Herrera", Colegio América del Callao y Fábrica de Bebidas Gaseosas del señor Isaac Lindley.

El producto de la colecta, permitió abrir una Libreta de Ahorros en el Banco de Crédito con un depósito inicial de 30.000 soles, que se irá incrementando con las donaciones que se han solicitado como indicamos al comienzo de esta Memoria.

Simultáneamente en diferentes radios se repetía frases como: "el enfermo mental también es un hombre... ayúdalo", "el enfermo mental rehabilitado puede ser útil a la sociedad", "ayuda al enfermo mental rehabilitándolo en su condición de hombre". En los cines y programas de televisión se pro-

yectaron diapositivos con estos lemas. Asimismo se ofreció una conferencia de prensa para informar al público por intermedio de los diarios la finalidad de la colecta.

Tal es, a grandes rasgos, la labor que ha realizado la Junta Directiva de la Sociedad de Ayuda al Enfermo Mental, durante el ejercicio correspondiente a 1959-1960. Nos sentimos satisfechas de las realizaciones conseguidas y formulamos los mejores votos porque la nueva Junta Directiva, las mantenga y supere.

NUEVA DIRECTIVA. Junta Directiva de la SAEM elegida para el período 1960-1961: Presidenta: Inés G. de Carbajal Faura; 1ª Vice-Presidenta: Aspacia de Caravedo; 2ª Vice-Presidenta: Leonor P. de Gabaldoni; Secretaria: Evelyne G. de Samanez; Pro-Secretaria: Olga R. de Bambarén Vigil; Tesorera: Jenny S. de Del Solar; Pro-Tesorera: Isabel A. de Caro; Vocales: De ayuda social: Rosa U. de Vascones; De relaciones públicas: Tamara L. de Querol; Coordinadora de visitas al Hospital "Víctor Larco Herrera": Isabel de Balbín; Vocal Social: Mary C. de Landa; Comité pro "Hospital de Día": Emma de Rotondo, Clorinda de García Pacheco, Graciela B. de Faura y Lyda F. de Rojas.

COMENTARIO DE LIBROS

LA REALIZACION SIMBOLICA. DIARIO DE UNA ESQUIZOFRENICA, por **M. A. Sechehaye,** un volumen en medio octavo (13×21 cms.), con 231 páginas, editado por Fondo de Cultura Económica, México, 1958.

En 1947 M. A. Sechehaye publicó la historia de una curación que llamó considerablemente la atención por dos motivos: primero, se trataba de una niña esquizofrénica de 18 años de edad, enferma desde 4 años antes, y que durante la fase aguda de la enfermedad mental padeció además de nefritis, pielitis y colitis. Esta paciente había sido considerada por varios psiquiatras como incurable. En segundo lugar, el trabajo llamó poderosamente la atención porque, el largo y difícil camino del tratamiento, había conducido a un nuevo método para la psicoterapia de la esquizofrenia. El método se basaba en los principios analíticos de la terapéutica por el juego aplicado en psiquiatría infantil. La exposición del caso y el método seguido en la curación, fue completado tres años más tarde, con otra publicación, bajo el título del Diario de una Esquizofrénica. En este volumen los editores han reunido los dos trabajos en una sola obra, en excelente impresión, basada en las ediciones originales de Berna y París. El libro que comentamos se ha convertido en una de las obras clásicas del tratamiento psicológico de la esquizofrenia. En la Realización Simbólica la autora relata minuciosamente la historia clínica, los intentos psicoanalíticos iniciales y las agravaciones de la enfermedad durante el curso del tratamiento, consignando con sencillez y modestia, los diversos errores cometidos antes de hallar la solución final del caso. Para Sechehaye el problema fundamental de Reneé consistía en un conflicto anterior a la formación del yo. El trauma inicial se desarrolló en la etapa de la lactancia, condicionando la constitución de un yo incompleto y débil, fácilmente vencido por las tendencias psicóticas. Así pues, fue necesario reanudar el desarrollo anulando el efecto de los traumas en su mismo origen. Esto sólo pudo efectuarse mediante la transferencia a una nueva madre, que en compensación de las privaciones le ofreciera a la enferma pruebas de afecto, es decir, reemplazando a la madre rechazante (que la odiaba) por la concedente (que la amaba). Así pudo la paciente perder sus tendencias agresivas y volver a encontrar el derecho a la vida y el derecho a amarse a sí misma. Pero, como el conflicto había precedido a la fase del desarrollo verbal, y la enferma había sufrido una regresión a la fase de la participación mágica presimbólica, la madre afectuosa para hacerse comprender tenía que encontrar un procedimiento no verbal. La forma de expresión tenía que ser mucho más primitiva y corresponder a la fase en que se había producido el traumatismo psicológico. Fue por esto que Sechehaye tuvo que emplear exclusivamente el lenguaje comprendido por los lactantes, es decir el idioma de los signos simbólicos, los gestos y los movimientos. Por la misma razón fue que en este caso especial la realización simbólica de deseos alcanzó un resultado altamente satisfactorio. Siete años después de haber terminado el tratamiento la enferma seguía sana y no había sufrido ninguna recaída. En el Diario de una Esquizofrénica la propia paciente reconstruye minuciosamente las experiencias psicológicas de su tratamiento, siendo posible seguir paso a paso las fases de la formación del yo. El Diario termina con un interesantísimo capítulo de interpretación escrito por M. Sechehaye.

Recomendamos la lectura de este libro a todos los psiquiatras y, especialmente, a los que hasta ahora muestran una actitud negativa hacia las posibilidades de la psicoterapia en la esquizofrenia.

PRIMER CONGRESO PERUANO DE NEURO-PSIQUIATRIA, editado por **Mario Méndez, Juan Franco, León Mejía y Javier Mariátegui,** un volumen en 8º (18×25 cms.), encuadernado en cartulina, con 324 páginas. Edit. Lumen, Lima, 1960.

Algo más de un año después de realizado el Primer Congreso Peruano de Neuro-Psiquiatría, sale a la luz el volumen correspondiente a dicho evento, en una excelente edición,

supervisada por los jefes de redacción de la Revista de Neuro-Psiquiatría. El tomo consta de tres partes. En la primera figuran los discursos leídos en la sesión de apertura; en la segunda, constan los temas de psiquiatría; y en la tercera, los trabajos sobre neurología.

Dada la índole de nuestra Revista nos corresponde hacer sólo un breve comentario de la segunda parte, constituida por tres secciones: a) simposium sobre neurosis; b) simposium sobre enseñanza de la psiquiatría y c) temas libres. Los relatos sobre neurosis son los siguientes: "Clínica de las neurosis" por Alfredo Saavedra, "Diagnóstico de las neurosis" por Baltazar Caravedo Carranza y "Tratamiento de las neurosis" por Andrés Carrillo-Broatch. El primer artículo resalta las manifestaciones clínicas, desde un ángulo fenomenológico, siguiendo la clasificación de Honorio Delgado, en psiconeurosis y bioneurosis. En ambos grupos intervendrían en la etiología influencias del medio y de la constitución psicobiológica, pero, en el primero predominaría lo ambiental y, en el segundo, la predisposición hereditaria. El autor afirma que en los desórdenes neuróticos, considerados como enfermedades funcionales sin materia, habría, en su producción y desarrollo, una mayor intervención de lo orgánico de lo que se sospecha. El segundo artículo enfoca el diagnóstico diferencial de las neurosis, adoptando un criterio conservador. El trabajo sobre tratamiento sólo figura en un resumen, hecho bastante extraño en un volumen que realmente constituye las actas del Congreso. El autor opina en ese trabajo que los métodos analíticos "sólo tienen valor paliativo y orientador para el paciente, puesto que, lejos de las pretensiones de la mayoría de los que aducen usarlos, no agotan la estratificación óntica del hombre". En las bioneurosis (neurosis de angustia y neurosis obsesiva) el autor recomienda "...desde los hipnóticos, los ataráxicos, los antihistamínicos, los analépticos, las hormonas, hasta el coma hipoglicémico combinado con electroplexia, con óxido nitroso, monóxido de carbono, trilene, choques histamínicos, acetilcolínicos, adunada la labor de adaptación a la vida activa, productiva y de afirmación a las realidades humanas". Nos hubiera agradado encontrar alguna justificación experimental a los múltiples sistemas de tratamiento físico recomendados para las neurosis ansiosa y obsesiva, especialmente teniendo en cuenta que hay quienes opinan que no tienen valor alguno en estas reacciones y aún más, pueden ser perjudiciales, no sólo como traumatismos físicos, sino por retrasar o impedir el tratamiento psicológico indispensable.

El trabajo de J. L. Cunza sobre enseñanza de la psiquiatría en la Facultad de Medicina de Lima se limita a describir a ciertos aspectos en el nivel de los estudiantes de medicina, propiciando además "la creación de un Instituto Superior de Psiquiatría, a cargo del catedrático del curso". Mariano Querol describe muy interesantes impresiones personales sobre la instrucción psiquiátrica, tanto para estudiantes como para graduados, en el artículo titulado "La enseñanza de la psiquiatría en Canadá y los Estados Unidos".

La sección de temas libres comprende los siguientes trabajos: "Diagnóstico y clasificación de los trastornos del comportamiento en el niño" por E. Majluf, "Las personalidades psicopáticas y sus reacciones" por A. Roa, "Electrochoque sin angustia" por H. Estabridis, "Recuperación Psíquica. Consideraciones psiquiátrico-forenses" por H. Veiga de Carvalho, "Aspectos actuales de las toxicomanías en el Brasil" por J. Cunha-Lopes y "Clasificación de las formas de epilepsia" por F. Sal y Rosas. Si bien todos estos artículos contienen interesantes y novedosos conceptos sobre los temas seleccionados, nos parece que merecen especial estudio las contribuciones de H. Estabridis y J. Cunha-Lopes

Es motivo de especial satisfacción para nosotros que la sociedad de Neuro-Psiquiatría haya editado un volumen que presenta, entre otros trabajos, el modo de enfocar algunos importantes problemas de la medicina psicológica, desde el punto de vista de los miembros de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lima, y aunque los conceptos son muy discutibles, como sucede hoy en gran número de países e instituciones científicas, han sido presentados en cuidadosa y excelente impresión.

Raúl Jerí

PSICOANALISIS DE LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA, por **Erich Fromm,** un volumen en medio octavo (14×21 cms.), 308 páginas, editado por Fondo de Cultura Económica, México, 1958.

La Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis del Fondo de Cultura Económica, ha hecho una excelente impresión en español del libro que el autor publicara en Nueva York con el título de "The Sane Society". Se trata de un estudio psicológico y sociológico de la sociedad moderna, tomando la mayor parte de ejemplos empíricos de lo que puede observarse en los diversos pueblos de Norteamérica. El objetivo del libro es investigar lo que al carácter del hombre le hace el sistema industrial actual, es decir el capitalismo moderno. El autor dice en el prólogo que en Europa existen algunos países (Inglaterra y Alemania) que han sido completamente transformados por el capitalismo, mientras que otras naciones (Italia, España) han conservado una estructura tradicional precapitalista y una atmósfera cultural igualmente retrasada. Lo mismo parece ocurrir en Sudamérica. Los países latinoamericanos han sido reincorporados al sistema capitalista en fecha relativamente reciente y sus estructuras, económicas y psicológicas, no han desarrollado aun las características del capitalismo. Si bien los Estados Unidos han dado lugar a este sistema socio-económico más que ninguna otra nación del mundo, todos los países de Europa y América, evolucionan hacia la misma dirección, y el ejemplo de Norteamérica muestra los problemas que debemos enfrentar, en un futuro próximo, la mayor parte de naciones occidentales. La tesis de Erich Fromm es que vivimos en una sociedad enferma, donde predomina la avaricia, la codicia, la ambición y el afán de poderío. Este libro es continuación de otro, escrito hace varios años, y titulado "Miedo a la Libertad", en el cual se presentaba a los movimientos totalitarios como tendencias para huir de la libertad que el hombre había conseguido en el mundo moderno.

El individuo de ese tiempo, libre de las ataduras medievales, no estaba capacitado para edificar una vida llena de sentido y basada en la razón y en el amor, por lo cual buscaba una nueva seguridad en la sumisión a un jefe, a una raza o a un estado. En el presente volumen el autor trata de demostrar que la vida en las democracias actuales constituye, en muchos aspectos, otra huida de la libertad. Fromm ha sustituido el sistema freudiano del desarrollo de la libido por otro, en el cual, la evolución del carácter se realiza en términos de relaciones interpersonales; teoría que ha denominado psicoanálisis humanístico. El psicoanálisis humanístico considera que las pasiones fundamentales del hombre no están enraizadas en sus necesidades instintivas, sino en las condiciones específicas de la existencia humana, en la necesidad de hallar una nueva relación entre el hombre y la naturaleza, una vez perdida la relación primaria de la fase prehumana.

A partir de un estudio general de la sociedad, Fromm analiza sutilmente al hombre de las urbes capitalistas en los siglos XVIII, XIX y XX y estudia la salud mental de dichas sociedades. La característica primordial de la sociedad contemporánea es la enajenación. La persona enajenada se siente así misma como una cosa, como una inversión, que puede ser manipulada por ella misma y por otras personas, y que careciendo del sentido del yo sufre de honda ansiedad. Como su sentido de valor se basa en la aprobación como recompensa de la conformidad, se siente naturalmente amenazada en su apreciación del yo y en su auto estimación, por cualquier sentimiento, idea o acto que pudiera sospecharse es una desviación. Pero, como es humana, y no autómata, no puede evitar las desviaciones y por lo tanto, constantemente siente el temor de ser desaprobada. En consecuencia, tiene que esforzarse hasta el extremo para adaptarse, para ser aprobada, para tener éxito, "no es la voz de la conciencia la que le comunica fuerza y seguridad, sino la sensación de no haber perdido el íntimo contacto con el rebaño".

En los últimos capítulos el autor describe las diversas soluciones propuestas para curar el proceso de decadencia y de deshumanización que se está produciendo desde mediados del siglo XIX. Estudia entonces, los sistemas que denomina la idolatría autoritaria (fascismo, nazismo y stalinismo); el supercapitalismo, típico de ciertos grupos de industriales norteame-

ricanos, y el socialismo. Es evidente que Fromm tiene honda simpatía por este último sistema, sugiriendo diversas soluciones prácticas y propugnando, por tanto, un cambio profundo en el sistema social, cultural, económico, psicológico y político de las naciones.

La belleza formal, profundidad de razonamiento y sutileza en la observación, justifican el extraordinario suceso de librería obtenido en los países de habla inglesa por esta obra. La lectura del libro es muy recomendable para las personas interesadas en los problemas sociales y psicológicos de las poblaciones y, en forma muy especial, para los lectores de los países sudamericanos.

Raúl Jerí

EL HEROE DE LAS MIL CARAS. PSICOANALISIS DEL MITO, por **Joseph Campbell,** traducción de Luisa Josefina Hernández, un volumen en medio octavo (14×22 cms.), encuadernado en cartulina, 372 páginas, editado por la Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis de Fondo de Cultura Económica, México, 1959.

Este es un trabajo minucioso del significado psicológico de los mitos, leyendas y sagas, en las diversas culturas y religiones, bajo la interpretación de la teoría psicoanalítica. El libro está bellamente ilustrado con numerosas láminas y figuras. Para el autor la finalidad del libro fue descubrir algunas verdades que han estado ocultas bajo las figuras de la religión y de la mitología y su método consistió en comparar un cierto número de sencillos ejemplos, favoreciendo la aparición del antiguo significado. Campbell afirma que "primero debemos aprender la gramática de los símbolos y como llave de este misterio no conozco mejor instrumental moderno que el psicoanálisis". Sigue este procedimiento y luego relata en gran número de mitos y cuentos populares, haciendo paralelos y desarrollando similitudes realmente convincentes con respecto a las motivaciones fundamentales de los mitos analizados. Adelantándose a la crítica el autor dice que al resaltar las correspondencias no ha pasado por alto las diferencias entre las tradiciones, orientales y occidentales; modernas, antiguas y primitivas. Acepta las diferencias pero arguye que el libro comentado está dedicado a las semejanzas; "y una vez que estas hayan sido entendidas, ha de descubrirse que las diferencias son mucho menos grandes de lo que popular y políticamente se supone". Parte de una descripción general de la dinámica de las leyendas, que titula "El monomito" y considera a los símbolos de la mitología como productos espontáneos de la psique, que cada uno lleva dentro de sí mismo. El camino común de la aventura mitológica del héroe obedece a una fórmula, representada en los mitos de iniciación, que consiste en separación —iniciación— retorno, y que sería la unidad nuclear del monomito. El héroe inicia su aventura desde el mundo de todo los días hacia una región de prodigios sobrenaturales, se enfrenta con fuerzas fabulosas y gana una victoria decisiva; el héroe regresa de su misteriosa aventura con la fuerza de otorgar dones a sus hermanos. En todas partes, sin que importe cuál sea la esfera de los intereses, los actos verdaderamente creadores están representados como aquellos que derivan de una especie de muerte con respecto al mundo y lo que sucede en el intervalo de la existencia del héroe, hasta que regresa como quien vuelve a nacer, engrandecido y lleno de fuerza creadora, hasta que es aceptado unánimemente por la especie humana. El complicado héroe del monomito es un personaje de cualidades extraordinarias. Frecuentemente es honrado por la sociedad a que pertenece, pero también con frecuencia es desconocido y despreciado.

Después de analizar extensamente las diferentes secuencias y variedades del monomito, el autor concluye en un capítulo sobre el héroe de hoy, postulando que la concentración de las ciencias en el hombre mismo (antropología y psicología), "marcan el camino de una maravillosa transferencia del punto enfoque del asombro humano".

Pensamos que las partes más logradas del volumen son la explicación del objetivo de los mitos (p. 100), la comparación del análisis en el desarrollo del mito (p. 114), el lugar de la religión en la vida del hombre (p. 155) y el plan general para la investigación de estos problemas (p. 223).

Si bien la impresión es muy bella y cuidadosa, lamentamos frecuentes errores de traducción, algunos párrafos son poco inteligibles y hay que consultar frecuentemente el diccionario inglés para comprender lo que la traductora quiere decir, usando libremente palabras como "prejuiciado, predicamento" y otros anglicismos igualmente incomprensibles.

Raúl Jerí

PSICOANALISIS Y PSICOTERAPIA, por **Franz Alexander,** un volumen en medio octavo (14×21 cms.), 363 páginas, editado por Editorial Psique, Buenos Aires, 1960.

Basándose en una serie de artículos publicados en diversas revistas psicoanalíticas, Alexander presenta en este libro algunas contribuciones propias y de otros autores, hechas en las últimas dos décadas, a la teoría y la técnica del tratamiento psicoanalítico, y a la utilización de los conocimientos de esa disciplina en diversos métodos de psicoterapia. La mayor parte de problemas de controversia referentes a la teoría y práctica del tratamiento analítico, desencadenadas por publicaciones anteriores del autor, se referían a las diferencias que podían establecerse entre el análisis clásico y la psicoterapia orientada analíticamente. Para el autor hay dos grandes grupos de pacientes que no se adaptan al tratamiento analítico: primero, aquellos casos graves cuya deficiencia básica en las funciones del yo les incapacita para hacer frente a sus conflictos y, segundo, aquellos casos más leves, agudos e incipientes, susceptibles de ser ayudados adecuadamente por un tratamiento menos completo y menos intensivo. La aplicación del análisis a los casos graves ha sido tratada en diversos libros anteriores. El tratamiento de las neurosis agudas e incipientes posee una gran importancia social, pues el pronto descubrimiento y manejo de los casos, mientras todavía son curables, tiene una importancia fundamental en esta época en que la medicina tiende hacia la prevención de los desórdenes más graves.

El libro se divide en doce capítulos. En los primeros se estudia el psicoanálisis en la cultura occidental, describiéndose las diversas modificaciones de la técnica y los progresos más recientes. Alexander insiste principalmente en el principio de la flexibilidad, los aspectos cuantitativos de la experiencia emocional correctiva y la contra-transferencia. Ocúpase también, extensamente, acerca de la enseñanza del psicoanálisis. No hay duda que la cultura norteamericana ha influído poderosamente en el pensamiento del autor en relación a las modificaciones que la estructura social imprime a la psicología del individuo. Es notable el cambio propugnado con respecto a la aceptación de los principios básicos del análisis, cuando dice: "En el pasado, bajo el ataque concéntrico de los críticos, el psicoanalista tenía, como es perfectamente natural, que destacar la unidad interna. Se consideraba, y con razón, que toda disensión interna actuaba en favor de los enemigos intelectuales. No obstante, la insistencia en la conformidad es una enemiga mortal de todo progreso científico, el cual vive de las divergencias de opiniones y concepciones. Solamente una religión basada en la fe puede insistir en dogmas uniformes: la ciencia tiene, no solamente que tolerar sino fomentar la crítica y la diversidad de ideas. La investigación científica es un eterno andar a tientas hacia lo desconocido. Las formulaciones no son otra cosa que aproximaciones que requieren ser revisadas de continuo. Esto, de por sí, exige constantes desacuerdos de mayor o menor grado. La insistencia en una completa uniformidad de puntos de vista es incompatible con la ciencia.

Relacionada con esta intolerancia de la diversidad de opiniones, estaba la carencia de perspectiva referente a la validez de las formulaciones teóricas y la falta de esa humildad autocrítica que es característica de todas las ciencias naturales y que, paradójicamente, aumenta con el avance de los conocimientos". Evidentemente que estas declaraciones son alentadoras y contribuirán, con toda posibilidad, al avance del psicoanálisis y a su integración final con las demás ramas de la medicina.

Este libro, como todos los publicados por Franz Alexander, constituye material indispensable de lectura para los que desean estar al día con los avances de la técnica psicoanalítica norteamericana.

Raúl Jerí

DEPARTAMENTO DE HIGIENE MENTAL (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL). "Estudios de Psiquiatría Social en áreas urbanas y rurales". 1 **Mendocita**. Un volumen mimeografiado en 4º de Numeración no consecutiva. Lima, 1959.

Este volumen encierra el resultado de las recientes investigaciones realizadas por los Drs. Humberto Rotondo Jefe de la Sección de Investigaciones del Departamento de Higiene Mental (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú), y sus colaboradores Drs. Javier Mariátegui, Carlos Bambarén Vigil, C. García Pacheco, Pedro Aliaga Lindo; los antropólogos Drs. José Matos, William P. Mangin, y las Asistentas Sociales Srtas. Olga Degregori, Beatriz Delgado e Hilda de Maytá.

La revisión de las contribuciones incluídas de este volumen impresiona muy favorablemente. Aquí queremos hacer una apreciación de conjunto desde dos puntos de vista: el metódico y el temático.

1) En lo que respecta al método hay que reconocer el rigor considerable con que se ha conducido estas investigaciones. En cada caso se escogen los instrumentos más adecuados a su fin y se elabora muy cuidadosamente los resultados buscándose las relaciones estadísticas que permitan conclusiones valederas. Dos son los métodos fundamentales empleados: el índice médico de Cornell y la encuesta (directa o mediante cuestionarios).

Los estudios se han realizado sobre una población de Lima asentada en una zona urbana marginal de tipo "Slum" con una población heterogénea, (provincianos casi todos provenientes de la Sierra), de 4,914 habitantes (1956). Barrio habitado en casi un 90% por simples inquilinos, obreros de escasos ingresos. La población estudiada consta de 1,016 grupos domésticos en casi el 50%, formados por familias nucleares (padre, madre, hijos).

2) Resultados: El trabajo más considerable e importante lo constituye la exposición de los excelentes resultados de la aplicación del índice médico de Cornell, resultados que revelan una prevalencia elevadísima de ansiedad, síntomas depresivos, tendencias hipocondríacas, inadecuación y agresividad. Manifestaciones perfectamente comprensibles si se tiene en cuenta el medio altamente insalubre, la pobreza, la impotencia e inseguridad de sus pobladores. Este estudio revela igualmente la mayor vulnerabilidad de la mujer, la función protectora de la familia sobre el individuo, y la influencia de los procesos de aculturación (fenómenos migratorios).

Seguidamente se exponen las conclusiones de la aplicación del índice médico de Cornell en lo que respecta a la morbilidad psiquiátrica, evidenciándose una altísima frecuencia en la muestra estudiada. La elevada frecuencia de casos psiquiátricos se debe a una mayor porción de psiconeurosis, reacciones psico-fisiológicas, alcoholismo y epilepsia y una menor proporción de psicosis. Se plantea la posibilidad de una relación a la condición socio-económica inferior y a factores de desorganización social.

La revisión de documentos oficiales revela que hay una mayor incidencia de delitos de todo tipo en los pobladores de Mendocita (inmigrantes provincianos).

Si se entiende como "Moral" una actitud individual o de grupo respecto a la confianza, perseverancia en el trabajo y fidelidad a los ideales, una investigación a este respecto en Mendocita (mediante un cuestionario de Moral) indicó que los míseros pobladores de Mendocita carecen de un verdadero espíritu de comunidad. La desmoralización lleva al aislamiento, el pesimismo, la falta de fe en los medios para alcanzar objetivos de importancia, actitud desesperanzada y una subversión en la escala de los valores tradicionales.

Una investigación en 168 personas adultas residentes en Mendocita utilizando un cuestionario especial mediante el cual se investiga la asociación a grupos voluntarios, la par-

ticipación social informal y ciertas actividades recreativas pasivas indicó una bajísima afiliación a grupos voluntarios formales y una tendencia al aislamiento. Preponderan las relaciones con los parientes tanto directas como espirituales.

Se incluye en este volumen un estudio realizado por Emilio Majluf y las Srtas. Asistentes Sociales Teresa Guillén y Sofía Chang sobre el aprovechamiento de las horas libres de los niños y adolescentes en Mendocita (1958). Esta investigación revela que estos menores no cuentan con los lugares y las organizaciones requeridas para sus juegos y diversiones. Lo que da lugar a un empleo inadecuado y poco constructivo de las horas libres. Se sostiene que el método principal para resolver el problema es el Servicio Social de Grupo.

Termina el volumen con un examen de las aspiraciones, fracasos y logros, los prejuicios sociales y el sentimiento de envidia entre los pobladores de Mendocita. Estos estudios quizás los más originales del conjunto revelan peculiaridades impresionantes de ciertas áreas del funcionamiento personal. Los pobladores de este barrio marginal exteriorizan escasas referencias a la falta de éxito, al fracaso, y en general a cualidades negativas con lo que se evidencia una suerte de racionalización a fin de disminuir o aliviar la ansiedad en relación con su existencia amenazada. El percibir envidia de parte de los demás —característica fundamental del grupo— es interpretada como poseyendo un probable papel defensivo, magnificador del Yo. También tendría un carácter defensivo, la evidente identificación de la mayoría de los pobladores, a excepción de los de raza negra, con un grupo mayoritario: el mestizo y la existencia de estereotipos positivos y negativos en relación a costeños y serranos.

La lectura "en extenso" de estas comunicaciones revela su seriedad, hondura y a no dudarlo servirán para el establecimiento de una auténtica psiquiatría social del Perú y de América, razón que hace acreedora a sus autores de nuestro reconocimiento y estimación.

Emilio Majluf

FORENSIC PSYCHIATRY, por **Henry A. Davidson** un volumen en octavo (17 × 24 cms.), encuadernado en tela, con 398 páginas, editado por The Ronald Press Co., New York, 1952.

Aunque hay gran diferencia entre los procedimientos judiciales de los países latinoamericanos y anglosajones, la psiquiatría forense de Davidson es para nosotros una obra práctica, de fácil y agradable lectura, eminentemente útil para abogados y psiquiatras.

Todo psiquiatra práctico sabe que algún día puede ser llamado a informar, por escrito o verbalmente, ante un tribunal judicial. En esa situación no tiene alternativa: debe cumplir con la obligación que le impone la comunidad, en calidad de testigo experto y, en caso de inhabilidad, puede verse en serios aprietos al opinar acerca de cuestiones tales como la legalidad de un internamiento, la competencia de un enfermo psiquiátrico o la confiabilidad de un alcohólico. En consecuencia, el médico debe estar plenamente capacitado para examinar al paciente o al reo, evaluar la incapacidad, medir la responsabilidad y preparar un informe legal aceptable. A llenar este cometido Davidson dedica la primera parte del volumen, ocupándose de la responsabilidad criminal, la evalución de las lesiones personales y muchos otros temas, comúnmente tocados en la práctica judicial psiquiátrica.

Pero los abogados también tienen dificultades con los psiquiatras. Muchas veces no pueden entenderse los unos con los otros y, no en raras oportunidades, el legista recibe informes repletos de disquisiciones sobre factores dinámicos e influencias inconscientes, interesantes para el conocimiento cabal del caso, pero inoperantes en el trajinar cotidiano del foro. Para llenar este vacío el autor dedica la segunda parte del libro a explicar a los abogados la naturaleza del testimonio médico, las normas para calificar al experto en psiquiatría, la preparación necesaria para aparecer en las cortes judiciales y otros datos

acerca de historias clínicas y del examen del psiquiatra ante el juzgado. Finalmente ocúpase de preguntas hipotéticas, traducción de términos técnicos —tanto legales como psiquiátricos—, la conducción del interrogatorio judicial y de las re-preguntas, y las normas de etiqueta dentro de la sala de justicia.

A pesar de ser ésta una obra escrita para profesionales norteamericanos, nos parece que tiene interés para los prácticos de muchas naciones. Davidson dedica mucho espacio a comentar la fórmula de Mc Naghten, hecho necesario pues la famosa regla es hasta ahora válida en los Estados Unidos y en el Reino Unido. No obstante, las secciones de responsabilidad criminal tienen amplia aplicación, ya que se basan principalmente, en consideraciones clínicas. En este sentido vale la pena mencionar que entre los anglosajones la doctrina del "impulso irresistible", tan mencionada en nuestras salas de justicia, no es aceptada como atenuante. En naciones donde muchos crímenes se castigan con la pena de muerte, esta taxativa tiene gran importancia médico-legal.

El libro de Davidson es guía utilísima para muchos aspectos de la práctica médico-forense. Es una lástima que los procedimientos judiciales peruanos, morosamente conducidos durante años en las escribanías, facilitando dilaciones y rectificaciones múltiples, no permitan mayor aplicación del rápido y brillante sistema de justicia anglosajón. Esperamos que pronto cambien nuestras técnicas, para evitar los vicios y corrupciones del procedimiento actual, y podernos poner al nivel de otras naciones, más adelantadas que la nuestra en la administración de la justicia.

Raúl Jerí

CRIME AND THE SEXUAL PSYCHOPATH, por **J. Paul de River,** un volumen en octavo (16 × 24 cms.), encuadernado en tela, con 346 páginas y 46 ilustraciones, editado por Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1958.

El autor de este libro es psiquiatra consultor de las cortes judiciales de Los Angeles y director de la Oficina de Ofensas Sexuales de dicha ciudad. El texto representa veinticinco años de experiencia en la investigación de delitos sexuales, cometidos en su jurisdicción, y muchos de ellos ilustrados con fotografías de las víctimas y de los malhechores. Ocúpase sucesivamente de incesto, sadismo, masoquismo, flagelación, transvestismo, homosexualidad, tribadismo, metatrofismo, pederastia, sodomía, castración, escoptofilia, exhibicionismo, violación, pedofilia, fetichismo, incendiarismo sexual, coprolagnia, bestialismo, necrofilia e infanticidio. Los diversos capítulos de las desviaciones sexuales son ilustrados con historias clínicas completas.

De River piensa que el criminal sexual siempre presenta un problema psiquiátrico, en el cual toman parte factores sociológicos, psicológicos, ambientales, genéticos y culturales; en varios grados e intensidades. Por otra parte, el reo o sospechoso ha cometido un acto criminal; tiene una cuenta pendiente con la justicia, cuyas leyes deben cumplirse, y la sociedad debe ser protejida de sus actividades delictivas. Es por estas razones que cada caso debe ser estudiado, analizado, juzgado y tratado de manera completamente individual. Es evidente que el autor se inclina por hacer cumplir la ley, bastante severa en Los Angeles, quizás obligado por su cargo como psiquiatra policial e influído por el poder de las cortes de justicia, donde prevalece el concepto de "crimen" en las desviaciones sexuales. Sus descripciones clínicas aparecen ahora un tanto incompletas y anticuadas. Sin embargo, después de leer las narraciones de los actos criminosos y ver las horribles fotografías de las víctimas, especialmente de los niños, no puede dejarse de pensar que es tan importante tratar a los enfermos responsables (ya sean psicóticos, oligofrénicos, epilépticos, neuróticos o psicópatas) como prevenir que sigan cometiendo crímenes contra víctimas muchas veces inocentes.

Raúl Jerí

PSICOANALISIS CLINICO, por **Karl Abraham,** un volumen en octavo (16 × 24 cms.), con 395 páginas, editado por Hormé, traducido por Ricardo Wagner, Buenos Aires, 1959.

Es lamentable que el interés mercantilista de los editores haya llegado al extremo de cambiar el título de este libro, uno de los clásicos de la literatura psicoanalítica, substituyéndolo al original "Selected Papers of Karl Abraham" por el híbrido apelativo del epígrafe. Sin embargo, existen dos hechos positivos que pueden servir para disimular la falta original: los impresores han puesto a disposición del lector sudamericano una obra maestra y lo han hecho en una traducción fiel, completa y elegante. El volumen se halla enriquecido además por un extenso prólogo de Ernest Jones (33 páginas) donde analiza la obra, la vida y la influencia de Abraham en el movimiento psicoanalítico.

En cuanto al contenido principal del libro, debemos decir que está formado por veintiseis importantísimos estudios, entre ellos pueden mencionarse —como los más conocidos— las relaciones entre sexo y alcoholismo, psicoanálisis de un caso de fetichismo del pie y del corsé, diferencias psicosexuales entre histeria y demencia precoz, restricciones y transformaciones de la escoptofilia, eyaculación precoz, manifestaciones del complejo de castración femenina, influencia del erotismo oral en la formación del carácter y el famoso trabajo sobre la evolución de la libido.

Raúl Jerí

UN ESTUDIO PILOTO SOBRE NIALAMIDA EN CAMBRIDGE

E. BERESFORD DAVIES, M.A., M.D., D.P.M.

CAMBRIDGE, INGLATERRA

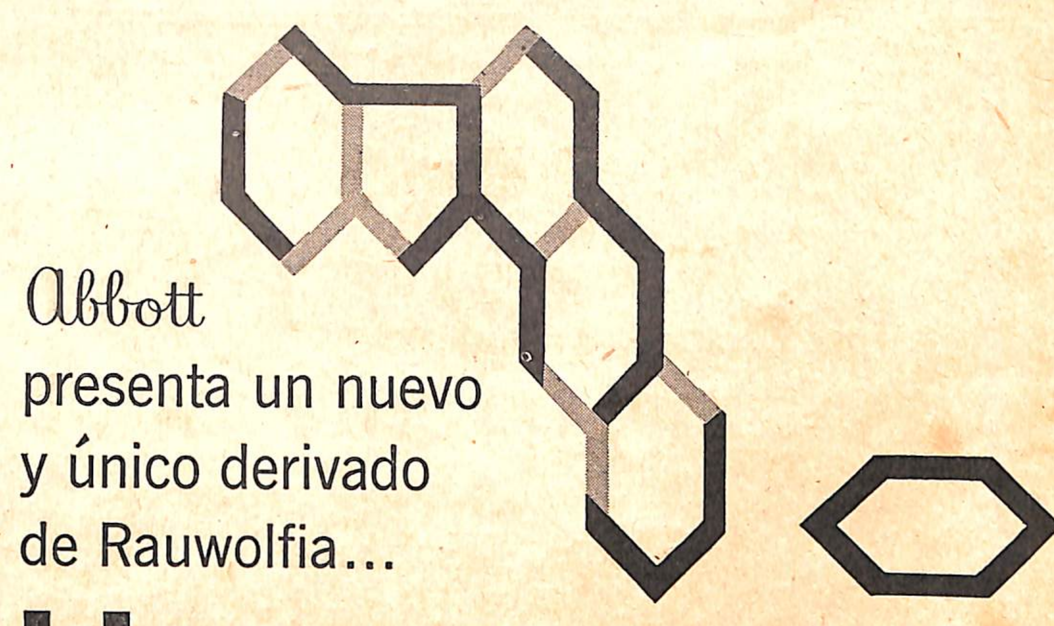
Se administró Niamid en 212 pacientes de los cuales 36 estuvieron hospitalizados; los restantes fueron tratados en consultorios externos en una clínica particular. Los dos principales diagnósticos de estos pacientes eran esquizofrenia (30) y depresiones (160); los restantes no estaban clasificados. Las investigaciones fueron de naturaleza cualitativa, con el objeto particular de revelar alteraciones en la sintomatología, actividad, capacidad de energía y respuesta al ambiente. Se hizo esquemas de los signos y síntomas mencionados en relación con los grupos diagnosticados, a fin de demostrar el tipo o grado de alteración en cada paciente.

Las alteraciones que ocurrieron durante la administración de Niamid, estaban relacionadas con el gasto de energía, el grado de actividad o el grado afectivo de estos pacientes, independientemente del diagnóstico. Los pacientes con alteraciones que propiamente estaban asociadas al aumento de actividad tendían a reaccionar mal, y aquellos que presentaban características de energía disminuída y depresión evidenciaron una respuesta benéfica. Se observaron algunos efectos secundarios tales como cefaleas e insomnio; rara vez se notó disturbios visuales, alteraciones de la presión sanguínea acompañadas de vértigo e incapacidad para el descanso especialmente de noche. Los controles biológicos y hematológicos tampoco revelaron toxicidad atribuible a la droga. La buena respuesta al Niamid reside principalmente en los campos de la actividad total del organismo así como ciertos síntomas especialmente en la depresión, fatiga y pérdida de energía. En los casos seleccionados se suspendió la droga cuando se notaron alteraciones; en algunos de estos casos se sustituyó el Niamid por otras drogas después de un intervalo de tiempo comparándose después los resultados.

La dosis empleada fue inicialmente de 37.5 a 75 mg. diarios, divididos en tres dosis, en pacientes ambulatorios con síntomas depresivos. Para aquellos que evidenciaban alteraciones más graves, la dosis inicial fue habitualmente de 100 a 150 mg. por día en dosis divididas. Una dosis más alta hasta de 300 mg. diarios fue empleada durante un espacio corto de tiempo en un número restringido de pacientes internados. La mayor dosis empleada en pacientes ambulatorios fue de 250 mg. por día, durante 10 días, utilizándose estas dosis en los que la vigilancia del tratamiento era altamente efectiva. En resumen, se administró dosis más altas a pacientes hospitalizados o en constante vigilancia y dosis menores en los pacientes ambulatorios.

No se encontró efectos tóxicos en la sangre o en el hígado después de repetidos exámenes, Considerando que los efectos secundarios ocurrieron solamente en un pequeño grupo de pacientes, se puede destacar la buena tolerancia de la droga; estos efectos fueron controlados reduciendo la dosis administrada .

Los resultados en ciertos tipos esquizofrénicos y en el grupo de depresivos crónicos son alentadores.



Harmonyl (Deserpidina Abbott)

MARCA REGISTRADA

tiene la potencia de las rauwolfias,
con menos efectos secundarios y más leves.

El Harmonyl constituye un preparado de *Rauwolfia* más útil para su práctica diaria. En dos años de ensayos clínicos, este nuevo alcaloide—deserpidina—ha revelado efectos secundarios más leves y escasos que los producidos por la reserpina. No obstante, en eficacia es equiparable a las más potentes especies de *Rauwolfia*.

El Harmonyl produce menos depresión físicomental, con muy pocos casos de letargia, en contraste de otras preparaciones de *Rauwolfia*.

El Harmonyl es eficaz como tranquilizante. En un grupo de pacientes tratados con este fármaco se obtuvo mejoría, generalmente sin efectos secundarios; en cambio, en un grupo similar tratado con reserpina, se observaron varias reacciones: anorexia, cefalalgias, pesadillas, náuseas y vómitos.[1]

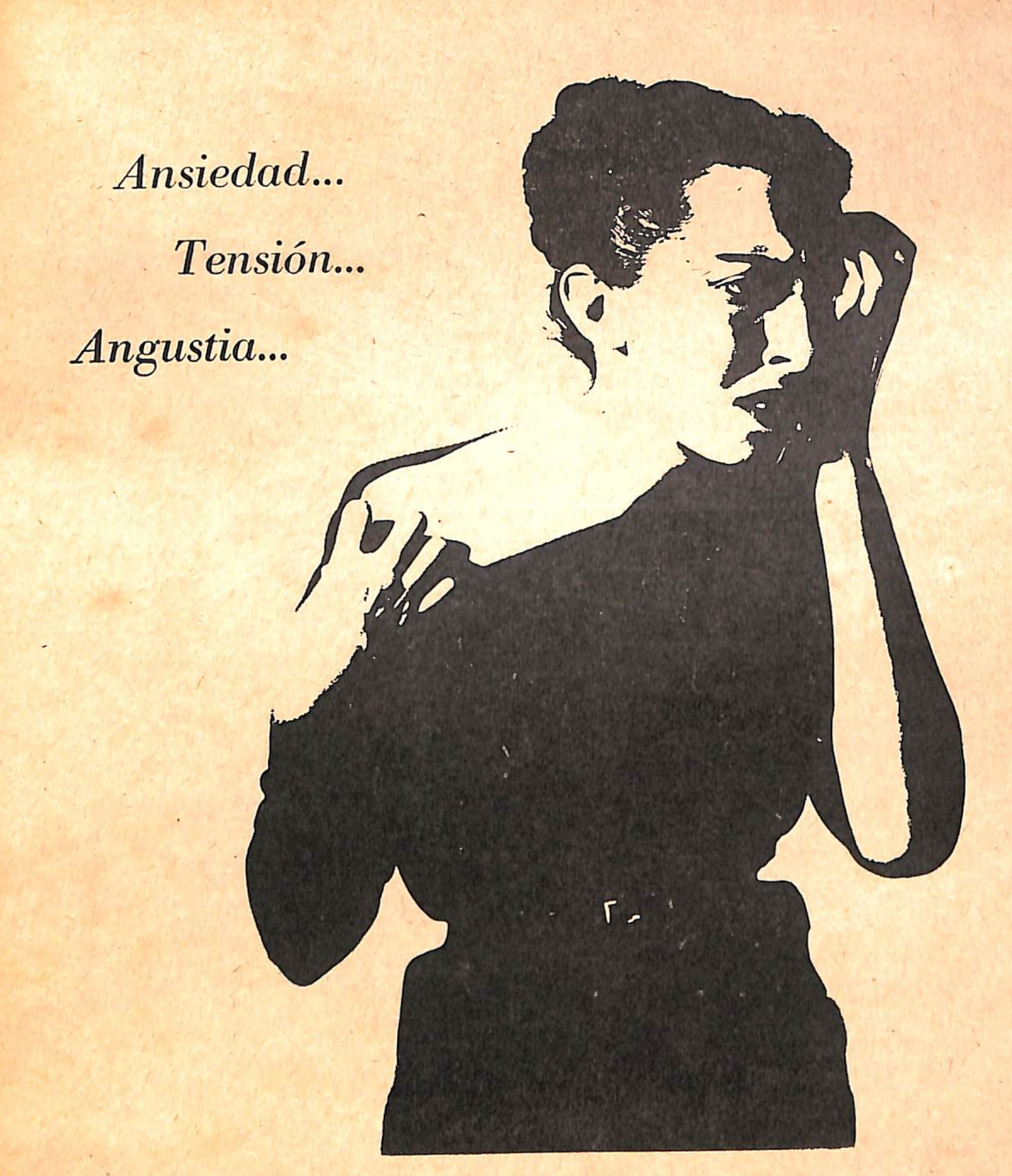
En casos de hipertensión el Harmonyl también es de gran eficacia y apenas produce reacciones secundarias. En un estudio comparativo entre varios preparados de *Rauwolfia*,[2] se dice que la deserpidina "es un hipotensor eficaz en los pacientes con hipertensión leve o moderada, y también en casos más serios;" además, las reacciones fueron "menos molestas y menos frecuentes." Otros trabajos confirman que el Harmonyl raramente produce vahidos, vértigos y estado de indiferencia.

A petición se facilita literatura referente a este nuevo alcaloide de *Rauwolfia*. Disponible en tabletas de 0,25 mg., partibles por la mitad y protegidas en tiras de celofán; cajas de 25 y 100 tabletas.

Bibliografía:

1. Comunicación a Abbott Laboratories, 1956.

2. Moyer, J. H. y col.; Deserpidine for the Treatment of Hypertension, Southern Medical J., 50:499, abril, 1957.



ROUSSEL

QUIETARAX

Frasco de 20 comprimidos.

LABORATORIOS ROUSSEL PERU S. A.

Av. Bolívar 795 - Pueblo Libre - Lima - Tel. 47620

EPILEPSIA

EPILEPSIA

COMITAL

Difenilhidantoína 0,05 gr.

Prominal 0,1 gr.

Difenilhidantoína 0,05 gr.

Luminal 0,05 gr.

Prominal 0,05



Comital

Envases: 10, y 100 tabletas

Comital «L»

Envases: 10, y 100 tabletas



SUMARIO

VOLUMEN 3 JUNIO, 1960 NÚMEROS 1-2

ARTÍCULOS ORIGINALES